Rapport annuel de gestion 2013-2014

Centre de santé et de services sociaux de Rivière-du-Loup

Centre de santé et de services sociaux
de Rivière-du-Loup

Primauté de la personne, respect, solidarité, compétence, innovation

Adopté par le conseil d'administration
le 11 juin 2014

Table des matières

Mot de la présidente du CA et du directeur général 5

Déclaration sur la fiabilité des données 7

1. Plan d'organisation 8

2. Effectifs du personnel et des médecins 9

3. Présentation de l'établissement 11

4. Activités de l'établissement. 14

4.1 Planification stratégique 14

4.2 Entente de gestion 23

4.3 Volumes des activités 32

5. Faits saillants 39

5.1 Direction famille, enfance, jeunesse, santé mentale et santé publique. 40

5.2 Direction santé physique et soutien à l'autonomie des personnes âgées 44

5.3 Direction des services professionnels et du partenariat médical48

5.4 Direction des soins infirmiers et de la qualité 50

5.5 Ressources humaines 52

5.6 Ressources financières, matérielles et informationnelles 54

5.7 Communication 57

6. Rapport d'activité de la commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services. 59

7. Conseils et comités de l'établissement. 61

7.1 Conseil d'administration 61

7.2 Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens 62

7.3 Conseil multidisciplinaire. 65

7.4 Conseil des infirmières et infirmiers (CII). 68

7.5 Comité de gouvernance et d'éthique 71
7.6 Comité comité de la vigilance et de la qualité 73
7.7 Comité des usagers. 75
7.8 Comité d'éthique 78
7.9 Comité de gestion des risques 80
7.10 Comité de vérification 87
8. Rapport de direction 89
9. États financiers 91
10. Loi 100 et optimisation 96
11. États du suivi des réserves, commentaires et observations émis par l'auditeur indépendant 97
12. La Fondation de la santé de Rivière-du-Loup 98
13. Code d'éthique et de déontologie des administrateurs. 99
14. Acronymes. 104

Mot de la présidente du CA et du directeur général

M. Doris Laliberté-Kirouac
Présidente du conseil d'administration

M. Daniel Lévesque
Directeur général

Cette année encore, nous sommes heureux de vous présenter notre rapport annuel de gestion. Vous pourrez constater, à la lecture du document, que beaucoup d'efforts ont été consacrés par nos équipes de travail afin de maintenir et améliorer la qualité de nos services.

L'année 2013-2014 a été marquée par l'adoption, par le conseil d'administration, de la planification stratégique 2013-2016. Cette planification guidera nos actions pour les prochaines années qui porteront, entre autres, sur l'adaptation de notre offre de service aux besoins de notre population ainsi que sur la poursuite de la mise en place des meilleures pratiques en matière de qualité des services et de gouvernance.

Dans le respect d'une longue tradition d'amélioration de la qualité, nous avons entrepris notre démarche en vue d'accueillir les visiteurs d'Agrément Canada en juin 2014. L'ensemble de l'organisation, et particulièrement les équipes-qualité, sont à pied d'œuvre afin de franchir les étapes préparatoires liées à ce processus d'amélioration continue de la qualité. Les efforts de tous ont donné des résultats très positifs à l'égard des sondages de satisfaction de la clientèle. Le maintien de hauts standards de qualité dans la prestation des services passe, en grande partie, par un personnel mobilisé. Dans ce contexte, les résultats du récent sondage sur le degré de mobilisation du personnel ont démontré une nette amélioration par rapport au sondage précédent. Les efforts déployés donnent des résultats et nous encouragent à poursuivre en ce sens.

Des travaux importants sont en cours au Centre hospitalier régional du Grand-Portage. En effet, depuis juillet 2013, les travaux majeurs de renforcement sismique et de réfection de l'enveloppe extérieure et du remplacement du groupe électrogène ont été amorcés. Ces travaux sont indispensables afin d'assurer une prestation sécuritaire des services. Toutefois, nous sommes conscients que ces travaux apportent leurs lots de contraintes pour notre clientèle et nous la remercions pour sa compréhension et sa patience.

Encore cette année, notre établissement a réussi à maintenir le cap de l'équilibre budgétaire. Dans le contexte actuel, cet équilibre s'est fait au prix de considérables efforts, puisque le budget de l'établissement a été amputé de montants importants reliés, entre autres, à la loi 100 et à l'optimisation.

Les prochaines années s'annoncent encore difficiles compte tenu du contexte budgétaire du Québec.

Au cours de l'année, les membres du conseil d'administration ont poursuivi les travaux sur la mise en place des meilleures pratiques en gouvernance. De plus, au cours de l'année 2013-2014, il n'y a eu aucun manquement au code éthique et de déontologie des membres du conseil d'administration.

C'est grâce aux efforts concertés des membres du conseil d'administration, des employés, des gestionnaires, des médecins et des bénévoles que nous pouvons nous porter garants de la qualité de nos services. Nous tenons aussi à remercier la Fondation de la santé de Rivière-du-Loup qui, tout au cours de l'année, nous a permis de réaliser de nombreux projets pour le bien-être de la clientèle.

Merci à tous et nous vous souhaitons une bonne lecture de notre rapport annuel de gestion 2013-2014.

Mme Doris Laliberté-Kirouac
Présidente du conseil d'administration

M. Daniel Lévesque
Directeur général

Déclaration sur la fiabilité des données

À titre de directeur général, j'ai la responsabilité d'assurer la fiabilité des données contenues dans ce rapport annuel de gestion ainsi que des contrôles afférents.

Les résultats et les données du rapport de gestion de l'exercice 2013-2014 du Centre de santé et de services sociaux de Rivière-du-Loup :

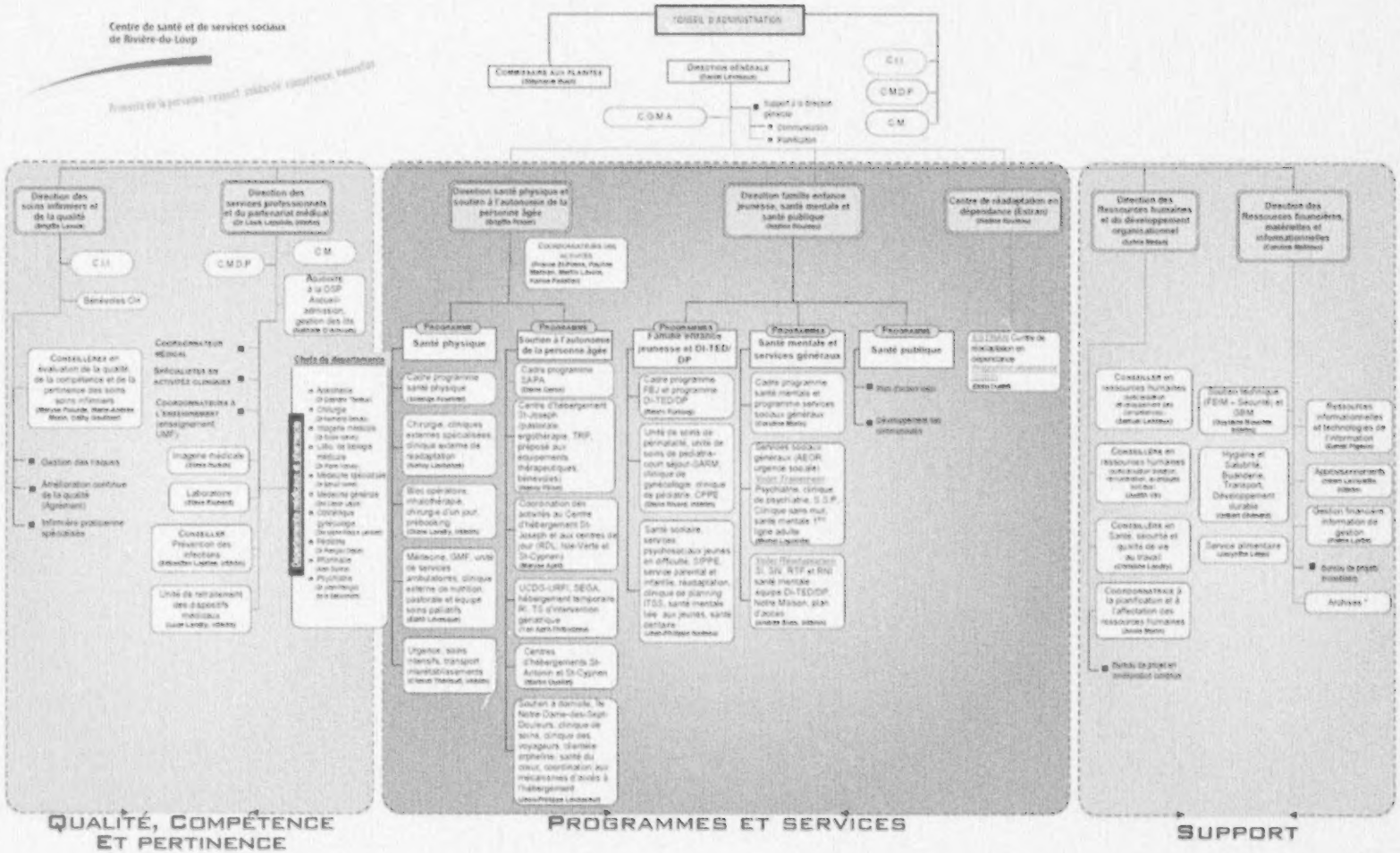
- décrivent fidèlement la mission, les mandats, les responsabilités, les activités et les orientations stratégiques de l'établissement;
- présentent les objectifs, les indicateurs, les cibles à atteindre et les résultats;
- présentent des données exactes et fiables.

Je déclare que les données contenues dans ce rapport annuel de gestion ainsi que les contrôles afférents à ces données sont fiables et qu'elles correspondent à la situation telle qu'elle se présentait au 31 mars 2014.

Signé à Rivière-du-Loup, le 30 juin 2014

Daniel Lévesque, CPA, CA
Directeur général
Centre de santé et de services sociaux de Rivière-du-Lou

1. Plan d'organisation



2. Effectifs du personnel et des médecins

A. Effectifs du personnel au 31 mars 2014

	2013-2014	2012-2013
Cadres		
Temps complet (excluant les personnes en stabilité d'emploi)	42	45
Temps partiel Nombre de personnes : équivalent temps complet (a) (excluant les personnes en stabilité d'emploi)	6	5
Nombre de cadres en stabilité d'emploi	1	1
Employés réguliers		
Temps complet (excluant les personnes en stabilité d'emploi)	630	616
Temps partiel Nombre de personnes: équivalents temps complet (a) (excluant les personnes en stabilité d'emploi)	288	277
Nombre d'employés en sécurité d'emploi	1	1
Occasionnels		
Nombre d'heures rémunérées au cours de l'exercice	387,537	395,873
Équivalents temps complet (b)	212	217

(a) L'équivalence temps complet se calcule de la façon suivante pour les cadres et les employés réguliers :
Nombre d'heures de travail selon le contrat de travail;
Divisé par : nombre d'heures de travail d'un employés à temps complet du même corps d'emploi

(b) L'équivalence temps complet se calcule de la façon suivante :
Nombre d'heures rémunérées;
Divisé par : 1 826 heures

B. Membres du CMDP (actifs et honoraires) au 31 mars 2014

Département anesthésiologie
D'Amours, Jean-François
Dolbec, Pierre
Gagnon, Pierre-Olivier
Khefif, Ghania
Simoneau, Noëlla
Thériault, Stéphane

Département chirurgie
Service - chirurgie générale
Arsenault, Jean-Pierre
Blanchet, Richard
Gaudreault, Judith
Gervais, Normand
Lapointe, Louis
Service - chirurgie maxillo-faciale
Michaud, André
Service – ophtalmologie
Gravel, Céline
Grenier, Réjean
Chergui, Assia
Service – O.R.L.
Côté, André
Roussel, Guy
Service – orthopédie
Carreras, Francisco
Cojocaru, André-Nicolas
Dudon, Emmanuelle
Perreault, René
Salman, Raed
Service – urologie
Boisvert, Isabelle
Gagnon, Nathalie

Département imagerie médicale
Service – radiologie-échographie
Buteau, Geneviève
Dumais, Dany
Harvey, Sylvie
Morin, François-D.
Ouellet, Annie

Département lab. Bio. Médicale
Service – anatomopathologie
Gagnon, Sylvie
Service – microbio.-infectiologie
Harvey, Pierre
Moisan, Danielle

Département méd. Spécialisée
Service – dermatologie
Drouin, Christian-Allen
Service – médecine interne
Brunet, Daniel
Carignan, Susanne
Czech, Éric
Gagnon, François
Landry, Jean-François
Lefebvre, Martin
Martineau-Beaulieu, Dominic
Raymond, Daniel
Verret, Benoît
Service neurologie
Attig, Ezzédine
Beniar, Matityahu

Département médecine générale
(avec privilèges en obstétrique)
Deschênes, Annie
Gagnon-Ouellet, Caroline
Leblanc, Marie-Hélène
Poulin, Ève-Marie
Villemure, Jacques
(sans privilèges en obstétrique)
Bastien, Nancy
Belzile, Marie-France
Boudreau, Christine
Caron, Jacques
Drolet, Marianne
Gougoux, Fanny
Hamelin, Bernard
Hérard, Jean-François
La Fontaine, Louise
Lajoie, Carole
Lang, Isabelle
Lapointe, Andréanne
Larivière, Marie-Ève
Lemay-Roy, Claudia
Maltais, Lucie
Moorjani, Anoo
Noël, Luc
Paradis, Éric
Plourde, Isabelle
Savard, Gilles
Soucy, Geneviève
Tardif, Marc
Vallée, Marie-Michèle
Villemure, Jacques

Département obst.-Gynécologie
Lambert, Marie-France
Nadeau, Yves
Plourde, Diane

Département pédiatrie
Service – pédiatrie
Caissie Roméo
Charest, Véronie
Desrosiers, Lucie
Déziel, François
Ouellet, Linda
Sauvageau, Jean-Paul

Département pharmacie
Beaudoin, Marc
Bélanger, Sara
Desrochers, Jean-François
Dionne, Alain
Lafrance, Martine
Malenfant, Mylène
Picard, Anne-Marie

Département psychiatrie
Binet, Stéphanie
Bossé, Geneviève
Cormier, Julie
De la Sablonnière, Jean-François
De Vriendt, Xavier
Gougoux, David
Marquis, Élizabeth
Mélen, Véronique
Tremblay, Emmanuel

Département santé publique
Nadeau, Aubert
Pouliot, Bernard
Roussel, Renée

Membres honoraires
Beaulieu, Jean-Pierre
Côté, Richard
Dubé, Edgar
Dugas, Paul
Rioux, Henri
Villeneuve, Claude

3. Présentation de l'établissement

Le Centre de santé et de services sociaux de Rivière-du-Loup

Le Centre de santé et de service sociaux de Rivière-du-Loup (CSSS RDL) répond à quatre missions : centre hospitalier de courte durée, centre local de services communautaires, centre d'hébergement de soins de longue durée et centre de réadaptation en dépendance. Il offre donc une gamme étendue de soins de santé et de services sociaux dans la MRC de Rivière-du-Loup, dans sa région élargie pour certains services (KRTB) et même dans tout le Bas-Saint-Laurent. Plus de 1 400 personnes y sont employées ainsi que 95 médecins.

Le CSSS de Rivière-du-Loup offre ses services dans cinq installations physiques et dans des points de service répartis dans les différentes municipalités de la région : le Centre hospitalier régional du Grand-Portage, le Centre d'hébergement Saint-Joseph (121 places), le Centre d'hébergement de Saint-Antonin (38 places) et le Centre d'hébergement de Saint-Cyprien (20 places), le CLSC Rivières et marées, situés à Rivière-du-Loup, Saint-Épiphane, Saint-Cyprien, L'Isle-Verte et Notre-Dame-des-Sept-Douleurs. Le CSSS RDL offre aussi les services d'un centre de réadaptation en dépendance, l'Estran, qui est déployé dans chacune des huit MRC du Bas-Saint-Laurent.

La MRC de Rivière-du-Loup compte plus de 35 000 habitants.

La population du KRTB était de 199 977 personnes au recensement de 2011.

3 214 personnes ont 75 ans et plus dans la MRC (2014).

56 % de la population de notre RLS considèrent leur santé comme étant très bonne ou même excellente.

Notre CSSS offre aussi différentes ressources intermédiaires et familiales qui procurent un milieu sécuritaire aux personnes qui ne peuvent plus rester à domicile, mais qui ne nécessitent pas d'être dans un établissement de soins de longue durée ou à des personnes vivant un problème de santé mentale.

La clientèle

La population de la MRC de RDL est desservie par notre établissement pour tous les services de 1re ligne. Le CSSS de Rivière-du-Loup offre des services hospitaliers de courte durée à la population des MRC de RDL et des Basques. Quant aux services hospitaliers spécialisés offerts par le CSSS RDL, ils s'étendent à tout le KRTB (Kamouraska, Rivière-du-Loup, Témiscouata, Les Basques) et même à une partie de l'ouest du Nouveau-Brunswick. Les services spécialisés en santé mentale du CSSS RDL couvrent le KRTB.

Quant à la population desservie par le Centre de réadaptation en dépendance du BSL, l'Estran, soit celle de l'ensemble du Bas-Saint-Laurent, elle était de 199 977 personnes au recensement de 2011. Les taux de prévalence reconnus chez les personnes de 15 ans et plus pour le jeu pathologique (0,8 %), la dépendance à l'alcool (1,9 %) et la dépendance aux drogues illicites (0,8 %) nous permettent d'estimer, à partir des données du recensement 2011, un volume potentiel de clientèle des gens ayant une dépendance de 6 000 personnes pour la région[1].

(Source : planification stratégique 2013-2016 - CSSS RDL).

1Statistique Canada Dépendance à l'alcool et aux drogues illicites. 2004. www.statcan.gc.ca

La population

Population | MRC du KRTB		
Rivière-du-Loup	| population totale (2012)	34 302 hab.
Kamouraska	| population totale (2012)	21 154 hab.
Les Basques	| population totale (2012)	18 205 hab.
Témiscouata	| population totale (2012)	20 987 hab.

MRC de Rivière-du-Loup		
Population totale (2012)	34 302 hab.	
0-14 ans	5 199 hab.	15 %
15-24 ans	3 794 hab.	11 %
25-44 ans	8 342 hab.	24 %
45-64 ans	10 543 hab.	31 %
65 ans et plus	6 424 hab.	19 %

Les installations du CSSS de Rivière-du-Loup

Le Centre hospitalier régional du Grand Portage (CHRGP)
Le Centre hospitalier de soins généraux et spécialisés
75, rue Saint-Henri
Rivière-du-Loup (Québec) G5R 2A4
Tél. : 418 868-1010 (poste)
Tél. : 418 868-1010 (composez le 5 et ensuite le numéro de chambre)
Tél. : 418 868-1020 (rendez-vous)

Le Centre local de services communautaires, le CLSC Rivières et Marées
22, rue St-Laurent
Rivière-du-Loup (Québec) G5R 4W5
Téléphone : 418 867-2642
Points de service : Saint-Épiphane, Saint-Cyprien, L'Isle-Verte
et Notre-Dame-des-Sept-Douleurs

Le Centre d'hébergement Saint-Joseph
28, rue Joly
Rivière-du-Loup (Québec) G5R 3H2
Renseignements : 418 862-6385 (entre 8 h et 21 h 30)

Le Centre d'hébergement Saint-Antonin
286, rue Principale
Saint-Antonin (Québec) G0L 2J0
Renseignements : 418 862-7993

Le Centre d'hébergement Saint-Cyprien
101-C, rue Collin, C. P. 325
St-Cyprien (Québec) G0L 2P0
Renseignements : 418 963-7914

Le Centre de réadaptation en dépendance du BSL, l'Estran
75, rue St-Henri
Rivière-du-Loup (Québec) G5R 2A4
Tél.: 418 868-1010, poste 2355

CENTRE
DE RÉADAPTATION
EN DÉPENDANCE
DU BAS-SAINT-LAURENT

Mission

Assurer à la population et aux communautés de la MRC de Rivière-du-Loup des conditions de maintien, de rétablissement et de renforcement de la santé et du bien-être de chaque personne et la dispensation de services sécuritaires et de qualité pour la clientèle. Assurer aux Centres de santé et de services sociaux du KTB (CSSS), un partenariat donnant accès aux services spécialisés pour leur population, incluant des services d'hospitalisation spécifiquement pour la population des Basques, dans une perspective de complémentarité et de responsabilité partagée. Assumer auprès de la population du Bas-Saint-Laurent la responsabilité partagée de réadaptation en ce qui regarde les problèmes de dépendance. Assurer la mise en œuvre d'un réseau local de services et l'implantation de corridors de services visant à assumer les quatre mandats dont il a la responsabilité exclusive pour les territoires desservis, par le biais de :

- Centre local de services communautaires (CLSC);
- Centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD);
- Centre hospitalier de soins généraux et spécialisés (courte durée);
- Centre de réadaptation en alcoolisme et toxicomanie (CRAT).

Vision

Dans le cadre de sa mission, on voit le CSSS de Rivière-du-Loup sur un horizon de 10 ans comme un établissement reconnu :

- pour la qualité et la pertinence de sa réponse aux besoins de la population qu'il dessert;
- pour la solidarité et la bienveillance dont il fait preuve envers les personnes et les communautés;
- pour sa performance et son utilisation responsable des personnes et des ressources à sa disposition;
- pour son leadership local et régional en matière de santé et de bien-être, basé sur le savoir, la compétence et l'implication des personnes qui y œuvrent;
- pour son milieu de travail humain, mobilisant, sécuritaire et attractif;
- comme un modèle dans la promotion de la santé et d'une saine hygiène de vie.

Valeurs

Primauté de la personne

Le CSSS de Rivière-du-Loup étant avant tout une organisation constituée essentiellement de personnes qui donnent des services à des personnes, il est donc primordial que la personne soit une valeur fondamentale qui est prise en considération dans toute décision ou action posée par notre établissement. Aussi, l'authenticité, la reconnaissance, la communication, la responsabilisation, l'équité, la coopération, la connaissance des besoins et attentes des personnes sont les assises fondamentales sur lesquelles s'appuie cette valeur humaniste.

Respect

Le respect guide les actions du CSSS de Rivière-du-Loup. En premier lieu bien sûr, c'est le respect de la personne qui est au centre de nos priorités. C'est donc le respect de la clientèle, de ses proches, de toutes les personnes qui contribuent de près ou de loin aux services que le réseau peut offrir à cette clientèle, de même que le respect entre collègues de travail. Mais aussi le respect peut et, dans notre cas, doit s'adresser aussi aux concepts humains, notamment, la dignité, la confidentialité et la sécurité, de même qu'aux objets, que ce soit équipement, matériel ou bâtiment.

Solidarité

Le CSSS de Rivière-du-Loup s'appuie fortement sur les valeurs essentielles de solidarité et d'entraide pour appuyer tant les personnes qui œuvrent en collégialité à l'atteinte de la mission de l'établissement que celles qui participent au développement des personnes et des communautés.

Compétence

Étant un établissement qui donne des services de santé et des services sociaux de nature professionnelle, la compétence des personnes qui y œuvrent est alors essentielle et déterminante sur la qualité des services offerts. Le savoir, le savoir être, le savoir-faire et le faire-savoir (l'information) sont des composantes importantes de la connaissance qui s'appuient aussi sur la reconnaissance de la compétence de la population.

Innovation

La capacité d'innover et d'être créatif constitue un élément sur lequel se base le CSSS de Rivière-du-Loup pour atteindre ses objectifs avec les ressources à sa disposition. L'ouverture de l'organisation et de son personnel face aux nouvelles façons de faire sert utilement cette valeur d'innovation.

4. Activités de l'établissement
4.1 Planification stratégique

Au cours de l'année, le conseil d'administration a adopté la planification stratégique 2013-2016. Cette planification est le fruit d'un travail de huit mois Il s'agissait là d'un premier exercice de ce genre pour notre établissement. La contribution des acteurs internes de l'établissement et des partenaires du réseau local de services de notre territoire a été essentielle tout au long de cette démarche.

Notre planification s'appuie sur la mission de l'établissement qui est d'assurer des services de santé et des services sociaux orientés vers l'amélioration de l'état de santé et du bien-être de la population qu'il dessert, en favorisant et sollicitant sa contribution active.

Pour réaliser sa mission, le CSSS de Rivière-du-Loup opère:
- un centre local de services communautaires (CLSC) qui dessert la population de la MRC de Rivière-du-Loup (le CLSC Rivières et marées);
- des centres d'hébergement et de soins de longue durée qui desservent également la population de la MRC de Rivière-du-Loup (le Centre d'hébergement Saint-Joseph, le Centre d'hébergement de Saint-Cyprien, le Centre d'hébergement de St-Antonin);
- un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés (CHRGP) qui dessert la population des MRC de Rivière-du-Loup et des Basques, mais également celles des MRC de Témiscouata et Kamouraska pour les spécialités de 2e ligne;
- un centre de réadaptation en dépendance (CRD) qui dessert la population du Bas-Saint-Laurent.

La planification stratégique propose une vision intégrée de l'établissement. Elle pose les jalons du développement d'une organisation intégrant d'avantage les différentes dimensions de sa mission. Enfin, notre planification stratégique est en cohérence avec les plans stratégiques du ministère de la Santé et des Services sociaux et de l'Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent.

Vous retrouverez, dans les pages suivantes, les enjeux, les orientations stratégiques, les objectifs et les cibles pour la période 2013-2016.

ENJEU 1
LA MISE EN RÉSEAU DES SERVICES DE SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

ORIENTATIONS	OBJECTIFS	CIBLES
1. Compléter la mise en place d'un RLS	Mettre en place les conditions favorables pour déployer sur le territoire le réseau local de services (RLS) en soutien à l'exercice de notre responsabilité populationnelle.	100 % des activités réalisées en 2016.
	Maintenir le partenariat avec les organismes intersectoriels dans le cadre des actions visant la tenue d'activités promotionnelles et préventives (comprenant celles visant des environnements favorables) et apportant une meilleure réponse aux besoins des différentes clientèles.	Augmentation du nombre d'activités réalisées. Création d'une table territoriale médicale en 2014, d'une table intersectorielle SAPA en 2015 et d'une table DI-TED en 2014.

ORIENTATIONS	OBJECTIFS	CIBLES
2. Déployer le plan d'action local en santé publique	Assurer la mise en œuvre des activités de promotion, de prévention et de protection de la santé, prévues au Plan d'action local en santé publique (PAL).	90 % des cibles auront été atteintes en 2015-2016.
	Soutenir l'intégration de la prévention dans les services cliniques de 1re ligne en donnant la priorité aux pratiques cliniques préventives touchant les problèmes suivants : ITSS, habitudes de vie et maladies chroniques, prévention des chutes chez les personnes âgées et prévention du suicide.	85 % des PCP implantées en 2016.
3. Assurer l'accessibilité aux services spécialisés et surspécialisés non disponibles localement et la continuité de ces services entre eux et avec les services de 1re ligne	Assurer l'accessibilité aux services spécialisés et surspécialisés en priorisant les services régionaux en place et assurer la continuité de ces services entre eux et avec ceux de 1ère ligne.	Augmentation du nombre d'ententes de services signées entre les établissements et le CSSS de Rivière-du-Loup.

ENJEU 2

LA PRIMAUTÉ DES SERVICES DE 1RE LIGNE DANS UNE PESPECTIVE D'INTÉGRATION ET DE HIÉRARCHISATION DES SERVICES

ORIENTATIONS	OBJECTIFS	CIBLES
4. Améliorer l'accès aux services médicaux généraux touchant toute la population	Assurer la prise en charge des clientèles orphelines par les médecins de famille, en priorisant les clientèles vulnérables.	Augmentation.
	Accroître la disponibilité d'infirmières praticiennes spécialisées en soins de première ligne.	Ajout d'une 2e infirmière en 2014.
	Faciliter l'accès aux plateaux techniques spécialisés et aux services médicaux spécialisés pour les patients en provenance des services de 1re ligne (GMF et cliniques médicales).	Augmentation. Mise en place progressive d'un accueil clinique au début de 2014.
	Optimiser le rôle des professionnels (autres que les médecins) dans les GMF.	Augmentation.
	Poursuivre les efforts de recrutement des médecins de famille.	90 % annuellement.

ORIENTATIONS	OBJECTIFS	CIBLES
5. Améliorer l'accès aux services sociaux généraux	Assurer un accès selon les standards fixés, à toute personne de la MRC qui s'adresse au CSSS (mission CLSC) pour obtenir une réponse à un besoin social ou psychologique et une orientation vers les services appropriés, si nécessaire.	Augmentation du nombre d'usagers desservis. Augmentation du nombre d'interventions moyennes réalisées par usagers.
6. Améliorer la réponse aux besoins des personnes âgées à risques ou en perte d'autonomie (SAPA)	Réviser et actualiser le projet clinique en intégrant les partenaires intersectoriels.	Révision à 100 % du projet clinique en 2016.
	Poursuivre la mise en œuvre d'un réseau de services intégrés pour les personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement (RSIPA).	75 % d'implantation du réseau de services intégrés d'ici 2016. 100 % des personnes âgées de 75 ans et +, ayant un Prisma 7 positif faisant l'objet d'un accompagnement par le CSSS d'ici 2016.
	Définir et s'assurer d'une offre de services de soutien à domicile pour l'ensemble des clientèles susceptibles de requérir ces services, incluant les familles et les proches-aidants, selon les profils de besoins, les milieux de vie.	Application des critères d'accès : 100 % des clients répondant aux critères. Augmentation du nombre d'heures de répit offertes à domicile. Augmentation de 2 800 heures en nombre total d'heures directes de services de soutien à domicile. Nombre de personnes rejointes et intensité des services rendus : selon l'entente de gestion.
	Soutenir l'intégration de la prévention dans les services de 1re ligne, dans les cliniques privées et les GMF, en donnant la priorité aux pratiques cliniques préventives touchant les chutes chez les personnes âgées.	Augmentation.
	Favoriser l'adoption en centre hospitalier de pratiques organisationnelles et cliniques adaptées aux besoins particuliers des personnes âgées.	100 % des composantes mises en place d'ici 2015.
	Poursuivre la mise en place des conditions favorisant l'amélioration de l'approche milieu de vie en centre d'hébergement (et en ressources résidentielles?).	Adoption et application de 100 % des mesures d'ici 2016.

ORIENTATIONS	OBJECTIFS	CIBLES
7. Améliorer l'accessibilité et la continuité des services de soins palliatifs (projets clinique maladies chroniques et cancer)	Améliorer la prise en charge des besoins des personnes souffrant de maladies chroniques.	Implantation du suivi systématique MPOC : 2014. Nombre de suivis systématiques MPOC réalisés : augmentation. Nombre de personnes MPOC consultant à l'urgence : diminution. Nombre de personnes suivies en maladies chroniques : selon entente de gestion. Nombre de personnes suivies en réadaptation: augmentation.
	Développer un projet pour optimiser progressivement le rôle du pharmacien dans la communauté dans un contexte de collaboration interprofessionnelle dans le suivi des maladies chroniques.	Selon les échéanciers régionaux.
	Consolider la coordination des soins et des services en oncologie et poursuivre les activités de dépistage.	Révision du continuum des soins et des services de lutte contre le cancer : Projet réalisé et actualisé en 2014. Nombre de références à la maison des soins palliatifs : augmentation.
	Assurer un continuum de dispensation des services en soins palliatifs de fin de vie quel que soit le lieu de dispensation des services, mais en favorisant le soutien à domicile.	Augmentation du soutien à domicile. Nombre de références à la maison des soins palliatifs : augmentation.
8. Améliorer la réponse aux besoins des personnes à risque ou atteintes de troubles mentaux (projet clinique santé mentale)	Assurer aux personnes ayant un problème de santé mentale l'accès aux services de 1re ligne à l'intérieur de 30 jours et aux services de 2e ligne dans un délai de 60 jours.	90 % des personnes en 2015-2016 selon les ententes de gestion.
	Améliorer l'intégration des pratiques cliniques préventives en prévention du suicide.	Pourcentage des pratiques cliniques ayant fait l'objet d'activités de soutien : 85 % des activités en 2015-2016. Présence d'une offre de service concertée avec le Centre de prévention suicide du KRTB : entente de services signée avec le CP.

ORIENTATIONS	OBJECTIFS	CIBLES
9. Améliorer, sur la base des travaux en cours, la réponse aux besoins de la clientèle des jeunes à risque ou ayant des difficultés et leur famille (projet clinique Famille-enfance-jeunesse)	Présence d'un programme d'intervention en négligence fonctionnel pour l'ensemble du territoire (AIDE).	Nombre d'usagers desservis et nombre moyen d'interventions par usager : selon les ententes de gestion.
10. Améliorer la réponse aux besoins des personnes ayant une déficience physique et améliorer la continuité des services pour la clientèle vivant avec une DI ou un TED	Consolider l'accès à un diagnostic d'un trouble envahissant du développement chez les enfants préscolaires dans un délai raisonnable.	Selon l'entente de gestion.
	Consolider l'offre service en DI-TED et DP en 1re ligne en complémentarité avec le CRDI-TED et CRDP l'Interaction ainsi que les partenaires du réseau.	1 entente conclue avec chaque établissement régional.
	Améliorer l'accès aux services de maintien à domicile et diversifier l'offre de service en milieu de vie.	Présence d'activités de répit et de soutien à la famille (Aventure Ado et la Clé des Champs : Augmentation du nombre d'activités. Présence d'offre de service en soutien à domicile à la hauteur des besoins de la clientèle : Augmentation du nombre d'activités réalisées dans le cadre du Fonds de soutien aux personnes handicapées.
	Assurer aux personnes ayant une déficience un accès aux services dont elles ont besoin dans des délais établis selon le plan d'accès.	90 % des personnes traitées dans les délais établis en 2016.
	Finaliser la mise en place des trajectoires de services pour assurer l'accès à une offre de service de 1re ligne en dépendance.	Ententes de service signées en 2014.
11. Améliorer la réponse aux besoins des personnes vivant avec une dépendance	Finaliser la mise en place des trajectoires de services pour assurer l'accès à une offre de service de 1re ligne en dépendance.	Ententes de service signées en 2014.

ENJEU 3

LA CONSOLIDATION DE L'ACCÈS AUX SERVICES DE SANTÉ ET SERVICES SOCIAUX SPÉCIALISÉS ET LE DÉVELOPPEMENT PROGRESSIF DE NOUVEAUX SERVICES

ORIENTATIONS	OBJECTIFS	CIBLES
12. Améliorer l'accessibilité et la continuité des services spécialisés en santé physique et en santé mentale au KRTB	Assurer aux personnes ayant un problème de santé mentale l'accès aux services de 2e ligne dans un délai de 60 jours.	90 % des personnes en 2016.
	Assurer pour les personnes ayant un problème de santé mentale grave l'accès aux services d'intégration dans la communauté (via un programme d'intégration).	Augmentation.
	Rehausser la capacité de réadaptation des ressources résidentielles en santé mentale sur le territoire du KRTB (via un programme de réadaptation).	Nombre d'activités de réadaptation réalisées dans les ressources résidentielles : augmentation. Nombre de PI, PII et PSI présents au dossier des usagers : augmentation.
	Assurer aux personnes en attente d'une chirurgie un accès dans un délai de 6 mois.	90 % des personnes.
	Assurer aux personnes atteintes de cancer les services chirurgicaux à l'intérieur de 28 jours.	90 % des personnes.
	Réduire la durée des séjours sur civière à l'urgence en portant une attention particulière aux personnes de 75 ans et plus et aux personnes présentant des problèmes de santé mentale.	Pourcentage des séjours de 24 heures et plus sur civière : <10 % d'ici 2015. Séjour moyen sur civière : <11 heures.
	Assurer l'accès en imagerie médicale, en coloscopie et en cliniques externes spécialisées dans les délais prescrits.	Selon les ententes de gestion.

ORIENTATIONS	OBJECTIFS	CIBLES
13. Améliorer la réponse aux besoins des clients nécessitant des services en dépendance au BSL	Améliorer l'accessibilité et le continuum des services en dépendance de 2e ligne (Centre de réadaptation en dépendance du Bas-Saint-Laurent).	Présence d'une trajectoire de services connue entre les CSSS et le CRD du Bas-Saint-Laurent : nombre d'usagers référés. Présence d'entente de services entre le CRD Bas-Saint-Laurent et les organisations accréditées en dépendance : augmentation du nombre d'ententes signées. Présence d'un programme réinsertion sociale : nombre d'usagers référés.
	Consolider la mise en place de services atteignant les meilleurs standards de qualité.	Mise en place de l'évaluation GAIN : augmentation du nombre d'évaluation GAIN réalisées. Nombre d'heures de formation réalisée en développement des compétences : augmentation.
14. Consolider la position sous régionale et régionale dans l'accès aux services spécialisés.	Offrir le service de chirurgie bariatrique.	100 chirurgies bariatriques par année à partir de 2015.
	Consolider l'implantation du projet régional en traitement de la douleur.	Augmentation.
	Développer et mettre en place un programme sous régional d'insuffisance rénale.	Nombre de clients suivis en clinique PRÉVOIR : augmentation. Mise en place d'un service d'hémodialyse pour le KRTB : 2014.
	S'assurer du continuum de services pour les clients atteints d'AVC.	Augmentation.
	Documenter et améliorer la couverture sous-régionale des services spécialisés.	Population sous-régionale desservie : augmentation. Actualisation des projets en cours (services de pharmacie et laboratoire-Optilab) : 2016.
	Poursuivre les efforts de recrutement des médecins spécialistes.	90 %.

ENJEU 4

LE REHAUSSEMENT DU NIVEAU DE PERFORMANCE ORGANISTIONNELLE ET DE LA QUALITÉ DES SERVICES

ORIENTATIONS	OBJECTIFS	CIBLES
15. Poursuivre la mise en place de meilleures pratiques en matière de gouvernance	Maintenir et renforcer la performance des membres du conseil et des équipes de direction.	Reconnaissance par le processus d'agrément : 70 % des normes 2014
	Consolidation de l'image organisationnelle.	Présence d'un plan de communication globale (interne et externe) : 2014.
16. Élaborer un plan global d'optimisation	Élaborer et actualiser un plan triennal.	Atteinte des cibles financières : selon l'entente de gestion. Nombre de projets réalisés touchant l'accessibilité : augmentation. Nombre de projets réalisés touchant l'efficience dans l'organisation du travail.
17. Maintenir, améliorer et adapter le parc immobilier	Finaliser le plan directeur clinique immobilier.	Présence d'un plan directeur clinique immobilier : 2014. Actualisation du plan d'opérationnalisation : en continue. Mise à jour et déploiement des plans triennaux de maintien des actifs : 90 % des projets réalisés.
18. Assurer l'accès, la circulation, la sécurité et l'intégration de l'information clinique et administrative par les technologies de l'information	Déployer le Dossier Clinique Informatisé (DCI).	Selon les échéanciers régionaux.
	Déployer le Dossier Santé Québec (DSQ).	Selon les échéanciers régionaux.
	Mise à jour et déploiement du plan triennal des autres projets en maintien et développement.	Nombre de projets réalisés : 90 %. Maintien de l'âge moyen du parc d'équipements : à l'intérieur de 5 ans. Audit en sécurité : en continu.
19. Assurer la qualité et la sécurité des soins et services	Développer une gestion intégrée des risques.	100 % en 2015.
	Assurer l'intégration des meilleures pratiques en soins et services.	Augmentation.
20. Développer la culture d'amélioration de la qualité	Actualiser le cadre de référence adopté en amélioration continue de la qualité.	Maintien de l'agrément : 2014. Présence d'une stratégie d'actualisation du cadre de référence : 2014. Nombre d'actions réalisées : augmentation.

ENJEU 5
L'ATTRACTION ET LA FIDÉLISATION DES RESSOURCES HUMAINES

ORIENTATIONS	OBJECTIFS	CIBLES
21. Mettre en place les conditions nécessaires à la disponibilité et à la fidélisation d'une main-d'œuvre compétente répondant aux besoins de la population	Produire et mettre à jour annuellement le plan de main-d'œuvre en identifiant les stratégies pour assurer l'équilibre entre les effectifs requis et disponibles.	Diminution selon la cible locale annuelle et/ou l'entente de gestion.
	Mettre en place une stratégie de gestion intégrée de la présence au travail.	Ratio d'heures en assurance-salaire par rapport aux heures travaillées : diminution selon la cible locale annuelle et /ou l'entente de gestion. Pourcentage des heures travaillées en heures supplémentaires : diminution selon la cible locale annuelle et/ou l'entente de gestion. Pourcentage des heures travaillées par du personnel professionnel en main-d'œuvre indépendante : diminution.
	Produire et mettre à jour un plan de développement des ressources humaines.	Annuellement.
22. Offrir un milieu de travail attrayant, stimulant, sécuritaire et valorisant	Améliorer la mobilisation du personnel.	Atteindre les meilleures pratiques du conseil d'agrément.
	Améliorer les programmes d'accueil et d'orientation des nouveaux employés.	Présence de programmes d'accueil général : 2015. Présence de programme structuré par catégorie d'emploi : 2015.
	Favoriser l'adaptation de la relève professionnelle et cadre.	Nombre de professionnels bénéficiant d'encadrement clinique : augmentation. Nombre d'employés bénéficiant du programme de relève des cadres : augmentation.
	Élaborer un plan d'action en santé et sécurité au travail.	Annuellement.

CODE	INDICATEUR	ENGAGEMENT 2013-2014	RÉSULTATS 2013-2014	% ENGAGEMENT 2013-2014	RÉSULTAT 2012-2013	COMMENTAIRES ANNÉE 2013-2014
1.1 Santé publique						
1.01.12.B1-EG2	Nombre moyen de visites à domicile par semaine auprès des femmes suivies dans les SIPPE de la 12e semaine de grossesse à l'accouchement moins un jour (prénat.), au cours de l'année de référence.	0.5	0.12	24 %	0.07	-
1.01.12.B2-EG2	Nombre moyen de visites à domicile par semaine auprès des femmes suivies dans les SIPPE de la 12e semaine de grossesse à l'accouchement moins un jour (Prénatale), au cours de l'année de référence.	1.0	0.50	50 %	0.49	-
1.01.12.B3-EG2	Nombre moyen de visites à domicile par semaine auprès des femmes suivies dans les SIPPE de la 7e semaine au 12e mois de vie de l'enfant (Postnatal 2), au cours de l'année de référence.	0.5	0.09	17 %	0.15	-
1.01.12.B4-EG2	Nombre moyen de visites à domicile par semaine auprès des femmes suivies dans les SIPPE du 13e au 60e mois de vie de l'enfant (Postnatal 3), au cours de l'année de référence.	0.25	0.01	4 %	0.04	-
1.01.13-EG2	Pourcentage d'écoles qui implantent l'approche École en santé (AÉS).	65.0	29.4	45 %	100.0	Approche implantée. Mise en œuvre en cours. L'agente de l'école en santé du CSSS participe à des comités intersectoriels en matière de saines habitudes de vie et d'environnements favorables à celles-ci.
1.01.14-EG2	Proportion des enfants recevant en CSSS-mission CLSC leur 1re dose de vaccin contre le DCaT-Polio-Hib dans les délais.	90.0	88.8	99 %	87.8	-
1.01.15-EG2	Proportion des enfants recevant en CSSS-mission CLSC leur 1re dose de vaccin contre le méningocoque de sérogroupe C dans les délais.	90.0	72.2	80 %	69.7	-
1.01.16.01-EG2	Proportion des enfants recevant en CSSS-mission CLSC leur 1re dose de vaccin contre la rougeole, la rubéole et les oreillons (RRO) dans les délais.	90.0	71.9	80 %	69.5	-
1.01.17-EG2	Pourcentage d'établissements de soins aigus ayant un comité de prévention et de contrôle des infections nosocomiales (PCI) fonctionnel.	Comité fonctionnel 100.0	100.0	100 %	NA	-

CODE	INDICATEUR	ENGAGEMENT 2013-2014	RÉSULTATS 2013-2014	% ENGAGEMENT 2013-2014	RÉSULTAT 2012-2013	COMMENTAIRES ANNÉE 2013-2014
1.01.18-EG2	Pourcentage d'établissements ayant un programme structuré de prévention et de contrôle des infections nosocomiales.	Programme existant 100.0	100.0	100 %	NA	-
1.01.19.1-PS	Pourcentage de centres hospitalisers de soins généraux et spécialisés ayant des taux d'infections nosocomiales inférieurs ou égaux aux seuils établis (Diarrhées associées au Clostridium difficile (DACD)).	Maintien des taux d'infection inférieurs au seuil établi.	3.1	NA	NA	-
1.01.19.2-PS	Pourcentage de centres hospitalisers de soins généraux et spécialisés ayant des taux d'infections nosocomiales inférieurs ou égaux aux seuils établis (SARM).	Maintien des taux d'infection inférieurs au seuil établi.	4.7	NA	NA	-
1.01.19.3-PS	Pourcentage de centres hospitalisers de soins généraux et spécialisés ayant des taux d'infections nosocomiales inférieurs ou égaux aux seuils établis (bactériémies nosocomiales sur cathéters centraux aux soins intensifs).	Maintien des taux d'infection inférieurs au seuil établi.	2.1	NA	NA	-
1.01.20-PS	Pourcentage des activités du PNSP implantées. (par questionnaire aux 2 ans).	PAL en santé publique mis à jour et fonctionnel	-	NA	NA	-
1.1 Santé publique – Prévention et contrôle des infections nosocomiales						
1.01.11A-EG1	Pourcentage d'établissements ayant atteint le ratio recommandé d'infirmières (ETC) affectées au programme de prévention des infections nosocomiales-CHSGS	ND	100.0	NA	100.0	-
1.01.11B-EG1	Pourcentage d'établissements ayant atteint le ratio recommandé d'infirmières (ETC) affectées au programme de prévention des infections nosocomiales-CHSLD	ND	0.0	NA	0.0	-
1.01.11D-EG1	Pourcentage d'établissements ayant atteint le ratio recommandé d'infirmières (ETC) affectées au programme de prévention des infections nosocomiales-CHPSY	ND	100.0	NA	100.0	-
1.2 Services généraux – Activités cliniques et d'aide						
1.02.02-EG1	Nombre d'usagers desservis par les services psychosociaux généraux en CSSS- mission CLSC.	316	984	311 %	229	-

CODE	INDICATEUR	ENGAGEMENT 2013-2014	RÉSULTATS 2013-2014	% ENGAGEMENT 2013-2014	RÉSULTAT 2012-2013	COMMENTAIRES ANNÉE 2013-2014
1.02.03-EG1	Nombre moyen d'interventions par usager réalisées dans le cadre des services psychosociaux généraux en CSSS -mission CLSC.	2.43	2.39	98 %	1.30	-
1.3 Soutien à l'autonomie des personnes âgées						
1.03.05.01-PS	Nombre total d'heures de services de soutien à domicile de longue durée rendues par les différents modes de dispensation de services (CSSS - mission CLSC).	67 122	67 207	100 %	65934	-
1.03.06-PS	Degré d'implantation des réseaux de services intégrés pour les personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement (RSIPA).	69	74	107 %	54.98	-
	Assurer la mise en place et l'animation, avec les partenaires de l'Établissement, d'une table de concertation intersectorielle locale visant le vieillissement en santé et sécuritaire des communautés et l'ajustement en continu de l'offre de service aux personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement.	Table de concertation en place et fonctionnelle	En cours	NA	208	Table MADA, proches aidants, RQVA
1.4 Déficience physique						
1.04.03-EG1	Nombre d'usagers ayant une déficience physique dont la famille reçoit des services de soutien (répit, gardiennage, dépannage) par allocation directe.	42	30	71 %	39	-
1.41.04.01-EG1	Nombre de personnes ayant une déficience physique recevant des services en établissement - CSSS.	ND	279	NA	369	-
1.42.04.01-EG1	Nombre moyen d'interventions ou d'heures de prestation de services par personne ayant une déficience physique - CSSS.	ND	30.5	NA	23.9	-
1.45.04.01-PS	Taux des demandes de service traitées en CSSS, selon les délais définis comme standards du plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience physique - TOUT ÂGE- TOUTE PRIORITÉ.	90.0	94.9	105 %	87.7	-
1.45.04.03-PS	Taux des demandes de service traitées en CSSS, selon les délais définis comme standards du plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience physique - TOUT ÂGE- TOUTE PRIORITÉ.	90.0	100.0	111 %	82.1	-

CODE	INDICATEUR	ENGAGEMENT 2013-2014	RÉSULTATS 2013-2014	% ENGAGEMENT 2013-2014	RÉSULTAT 2012-2013	COMMENTAIRES ANNÉE 2013-2014
1.45.04.04-PS	Taux des demandes de service traitées en CSSS, selon les délais définis comme standards du plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience physique - TOUT ÂGE- TOUTE PRIORITÉ.	90.0	91.7	102 %	91.4	-
Toutes déficiences						
1.45.45.00-PS	Taux des demandes de service traitées en CSSS, CRDP et CRDI selon les délais définis comme standards du Plan d'accès - TOUTE DÉFICIENCE - TOUT ÂGE- TOUTE PRIORITÉ.	ND	92.8	NA	87.9	-
1.45.45.02-PS	Taux des demandes de services traitées en CSSS, CRDP et CRDI selon les délais définis comme standards du Plan d'accès - TOUTE DÉFICIENCE - TOUT ÂGE- PRIORITÉ URGENTE.	90.0	-	NA	100.0	-
1.45.45.03-PS	Taux des demandes de service traitées en CSSS, CRDP et CRDI selon les délais définis comme standards du Plan d'accès - TOUTE DÉFICIENCE - TOUT ÂGE - PRIORITÉ ÉLEVÉE.	90.0	92.7	103 %	82.1	-
1.45.45.04-PS	Taux des demandes de service traitées en CSSS, CRDP et CRDI selon les délais définis comme standards du Plan d'accès - TOUTES DÉFICIENCES - TOUS ÂGES - PRIORITÉ MODÉRÉE.	90.0	92.9	103 %	91.7	-
1.5 Déficience intellectuelle et TED						
1.05 13-EG1	Nombre d'usagers ayant une déficience intellectuelle ou un TED dont la famille reçoit des services de soutien (répit, gardiennage, dépannage) par allocation directe - CSSS.	41	43	105 %	56	-
1.41.05.01-EG1	Nombre de personnes ayant une déficience intellectuelle et TED recevant des services en établissement - CSSS.	ND	94	NA	77	-
1.42.05.01-EG1	Nombre moyen d'interventions ou d'heures de prestation de service par personne ayant une déficience intellectuelle et TED - CSSS.	ND	7.9	NA	12.9	-
1.45.05.01-PS	Taux des demandes de service traitées en CSSS, selon les délais définis comme standards du plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience intellectuelle et TED - TOUT ÂGE 1- TOUTE PRIORITÉ.	90.0	90.0	100 %	100.0	-

CODE	INDICATEUR	ENGAGEMENT 2013-2014	RÉSULTATS 2013-2014	% ENGAGEMENT 2013-2014	RÉSULTAT 2012-2013	COMMENTAIRES ANNÉE 2013-2014
1.45.05.03-PS	Taux des demandes de services traitées en CSSS, selon les délais définis comme standards du plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience intellectuelle et TED - TOUS ÂGES - PRIORITÉ ÉLEVÉE.	90.0	88.588.5	98 %	NA	-
1.45.05.04-PS	Taux des demandes de service traitées en CSSS, selon les délais définis comme standards du plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience intellectuelle et TED – TOUT ÂGE - PRIORITÉ MODÉRÉE.	90.0	100.0	111 %	100.0	-
1.6 Jeunes en difficulté						
1.06.01-EG1	Nombre d'usagers (jeunes et leur famille) rejoints en CSSS (mission CLSC).	680	943	139 %	953	-
1.06.02-EG1	Nombre moyen d'interventions par usager (jeunes et leur famille) en CSSS - mission CLSC.	6.35	6.99	110 %	6.30	-
	Nombre d'usagers suivis en CSSS pour lesquels il existe un PI ou un PSI.	Augmentation	215	116 %	NA	-
	Pourcentage de territoires locaux où est offert un programme d'intervention en négligence reconnu efficace.	Programme en place	En cours	NA	NA	-
1.7 Dépendances						
1.07.04-PS	Pourcentage des personnes qui sont évaluées en centre de réadaptation dans un délai de 15 jours ouvrables ou moins.	60.0	48.7	81 %	43.7	-
1.07.05-PS	Nombre de jeunes et d'adultes ayant reçu des services en toxicomanie et en jeu pathologique de première ligne offerts par les CSSS.	21	36	171 %	27	-
1.8 Santé mentale						
1.08.05-PS	Nombre de places en soutien d'intensité variable (SIV) dans la communauté pour des adultes de 18 ans et plus mesuré par le nombre moyen d'adultes qui ont reçu ces services.	42	16	38 %	14	Selon le CNESM (Centre national d'excellence en santé mentale), qui nous a visité le 26 février 2014 pour du coaching selon les bonnes pratiques du SIV, nous avons 37 clients inscrits au SIV et le profil correspond à cette pratique. Nous vivons actuellement un transfert de la clientèle des services du SI vers le SIV. Comme la plupart des clients du SI, par le passé, avaient des suivis de 10 à 15 ans, leur "sevrage" est difficile actuellement. Lorsqu'ils transfèrent au SIV, ces clients nécessitent une rencontre par 3 semaines. Donc, ils ne sont pas considérés comme SIV dans les statistiques. Nous travaillons sur cela.

CODE	INDICATEUR	ENGAGEMENT 2013-2014	RÉSULTATS 2013-2014	% ENGAGEMENT 2013-2014	RÉSULTAT 2012-2013	COMMENTAIRES ANNÉE 2013-2014
1.08.06-PS	Nombre de places en service de suivi intensif dans le milieu pour des adultes de 18 ans et plus mesuré par le nombre moyen d'adultes qui ont reçu ces services.	50	62	124 %	71	-
1.08.07-EG1	Séjour moyen sur civière à l'urgence pour des problèmes de santé mentale.	12.00	14.6	78 %	14.10	-
1.08.08-EG1	Pourcentage de séjour de 48 heures et plus sur civière à l'urgence pour un problème de santé mentale.	0.00	0.0	100 %	0.00	-
1.08.09-PS	Nombre d'usagers souffrant de troubles mentaux ayant reçu des services de santé mentale de 1re ligne en CSSS - mission CLSC.	658	964	147 %	949	-
1.08.10-EG1	Nombre d'usagers dont le délai d'accès aux services de 2e ou 3e ligne en santé mentale est supérieur à 60 jours.	22	11	150 %	15	-
	Nombre d'usagers souffrant de troubles mentaux graves pour lesquels il existe un PI ou PSI	Augmentation	97	99 %	NA	-
1.9 Santé physique – séjour à l'urgence						
1.09.01-PS	Séjour moyen sur civière (durée).	11.0	12.5	87 %	14.43	-
1.09.02-EG1	Séjour moyen sur civière des personnes de 75 ans et plus.	11.0	15.1	63 %	18.01	-
1.09.03-PS	Pourcentage de séjour de 48 heures et plus sur civière.	0.0	0.0	100 %	0.0	-
1.09.04-EG1	Pourcentage de séjour de 48 heures et plus sur civière des personnes de 75 ans et plus.	0.0	0.0	100 %	0.0	-
1.09.31-PS	Pourcentage de séjour de 24 heures et plus sur civière.	5.0	13.7	37 %	21.0	-
1.9 santé physique – soins palliatifs – radio-oncologie						
1.09.05-EG1	Nombre d'usagers en soins palliatifs à domicile.	117	164	140 %	191	-
1.09.06-EG1	Nombre moyen d'interventions par usager en soins palliatifs à domicile.	17.26	22.96	133 %	19.19	-
1.09.33-01-PS	Pourcentage des patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 28 jours (de calendrier).	90	72.4	80 %	50.8	-

CODE	INDICATEUR	ENGAGEMENT 2013-2014	RÉSULTATS 2013-2014	% ENGAGEMENT 2013-2014	RÉSULTAT 2012-2013	COMMENTAIRES ANNÉE 2013-2014
1.09.33-02-PS	Pourcentage de patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 56 jours (de calendrier)	ND	96.9	NA	NA	-
	Élaboration et mise en œuvre dans chaque établissement d'un programme de services en soins palliatifs.	Programme disponible et fonctionnel	-	NA	-	-
1.9 Santé physique – chirurgie - nombre						
1.09.32.01-EG2	Nombre de demandes de chirurgie en attente depuis plus de 1 an pour une arthroplastie totale de la hanche.	0	0	100 %	0	-
1.09.32.02-EG2	Nombre de demandes de chirurgie en attente depuis plus de 1 an pour une arthroplastie totale du genou.	0	0	100 %	0	-
1.09.32.03-EG2	Nombre de demandes de chirurgie en attente depuis plus de 1 an pour une chirurgie de la cataracte.	0	0	100 %	0	-
1.09.32.04-EG2	Nombre de demandes de chirurgie en attente depuis plus de 1 an pour une chirurgie d'un jour.	0	0	100 %	0	-
1.09.32.05-EG2	Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an pour une chirurgie avec hospitalisation.	0	0	100 %	0	-
1.9 Santé physique – chirurgie – durée de l'attente						
1.09.20.01-PS	Pourcentage des demandes inscrites au mécanisme central traitées dans les délais pour une arthroplastie totale de la hanche.	90.0	92.6	103 %	54.5	-
1.09.20.02-PS	Pourcentage des demandes inscrites au mécanisme central traitées dans les délais pour une arthroplastie totale du genou.	90.0	90.4	100 %	61.0	-
1.09.20.03-PS	Pourcentage des demandes inscrites au mécanisme central traitées dans les délais pour une chirurgie de la cataracte.	90.0	99.2	110 %	99.4	-
1.09.20.04-PS	Pourcentage des demandes inscrites au mécanisme central traitées dans les délais pour une chirurgie d'un jour.	90.0	98.1	109 %	97.5	-
1.09.20.05-PS	Pourcentage des demandes inscrites au mécanisme central traitées dans les délais pour une chirurgie avec hospitalisation.	90.0	95.8	106 %	94.1	-
3.1 Ressources humaines						
3.01-PS	Ratio entre le nombre d'heures en assurance salaire et le nombre d'heures travaillées.	5.28	6.61	75 %	6.85	Plan d'action mis en place en misant sur les bonnes pratiques et des "gains rapides" favorisant le retour au travail des employés, en revoyant notre façon de faire en terme d'expertise médicale (possibilité de regroupement régional) et misant sur la gestion de la présence au travail.

CODE	INDICATEUR	ENGAGEMENT 2013-2014	RÉSULTATS 2013-2014	% ENGAGEMENT 2013-2014	RÉSULTAT 2012-2013	COMMENTAIRES ANNÉE 2013-2014
3.05.01-PS	Pourcentage des heures supplémentaires travaillées par les infirmières.	5.15	4.43	114 %	5.43	-
3.05.02-PS	Pourcentage des heures supplémentaires travaillées par l'ensemble du personnel du réseau.	2.80	2.62	107 %	3.07	-
3.06.01-PS	Pourcentage de recours à la main-d'oeuvre indépendante par les infirmières.	0.00	0.00	100 %	0.00	-
3.06.02-PS	Pourcentage de recours à la main-d'oeuvre indépendante par les infirmières auxiliaires.	0.00	0.00	100 %	0.00	-
3.06.03-PS	Pourcentage de recours à la main-d'oeuvre indépendante par les préposés aux bénéficiaires.	0.00	0.00	100 %	0.00	-
3.06.04-PS	Pourcentage de recours à la main-d'oeuvre indépendante par les inhalothérapeutes.	1.75	0.32	182 %	2.75	-
3.07-PS	Nombre d'infirmières spécialisées (IPS) en soins de première ligne titularisées et offrant des services de première ligne.	1	1	100 %	1	-
3.08-PS	Pourcentage d'établissements et d'agences ayant mis à jour leur plan de main d'œuvre.	Plan de main d'œuvre mis à jour	Réalisé	100%		-
3.09-PS	Pourcentage d'établissements ayant réalisé une démarche concertée de révision des processus de soins et de services et de réorganisation du travail	Démarche réalisée.	En cours	NA		-
3.10-PS	Pourcentage des établissements ayant mis en œuvre un programme de soutien à la relève professionnelle.	Programme de soutien en place et fonctionnel	Réalisé	NA		-
3.13-PS	Pourcentage des établissements accrédités par un programme reconnu visant l'amélioration du climat de travail.	Programme d'amélioration en place et fonctionnel.	NA	NA		-

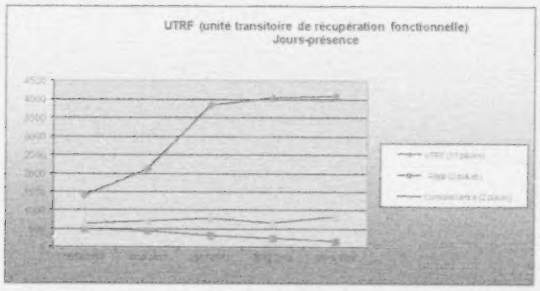
CODE	INDICATEUR	ENGAGEMENT 2013-2014	RÉSULTATS 2013-2014	% ENGAGEMENT 2013-2014	RÉSULTAT 2012-2013	COMMENTAIRES ANNÉE 2013-2014
3.14-PS	Pourcentage des établissements ayant obtenu un agrément incluant le volet de mobilisation des ressources humaines.	Maintien des activités de l'établissement visant la mobilisation des ressources humaines.	En cours	NA		-
4.0 Urgences (désencombrement)						
4.01.01-EG2	Nombre moyen de patients par CH en processus ou en attente d'évaluation/orientation vers la longue durée ou vers les lits post-hospitaliers et occupant des lits de courte durée (CD).	0.0	0.3	0 %	2.5	-
4.01.02-EG2	Nombre moyen de patients par CH en attente de services de soins palliatifs occupant des lits de courte durée (CD).	0.0	0.6	0 %	0.9	-
4.01.03-EG2	Nombre moyen de patients par CH en attente de convalescence occupant des lits de courte durée (CD).	0.0	4.5	0 %	4.0	-
4.01.04-EG2	Nombre moyen de patients par CH en attente de réadaptation occupant des lits de courte durée (CD).	0.0	0.3	0 %	0.3	-
4.01.05-EG2	Nombre moyen de patients par CH en attente de centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHLSD) occupant des lits de courte durée (CD), excluant la santé mentale.	0.0	0.4	0 %	3.8	-
4.01.06-EG2	Nombre moyen de patients par CH en attente de ressources non institutionnelles (RNI) occupant des lits de courte durée (CD), excluant la santé mentale.	0.0	0.1	0 %	0.4	-
4.01.07-EG2	Nombre moyen de patients par CH en attente d'hébergement longue durée en santé mentale occupant des lits de courte durée (CD).	0.0	0.0	100 %	0.1	-
4.01.08-EG1	Taux de déclaration (%) en hébergement à partir du CHSGS des 75 ans et plus.	2.82	0.93	167 %	2.56	-

4.3 Volumes des activités

Soutien à l'autonomie des personnes âgées

• Hébergement

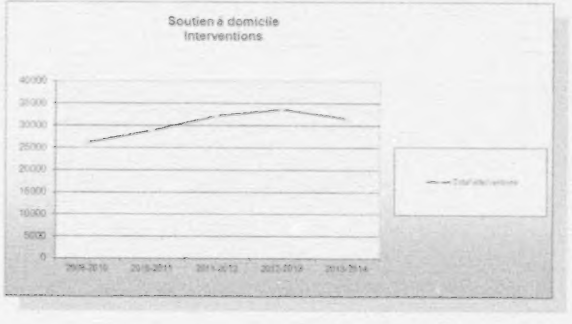
	Jours-présence				
	2009-2010	2010-2011	2011-2012	2012-2013	2013-2014
Résidence St-Joseph (121 lits)	48135	44976	44892	44289	45107
Foyer St-Antonin (39 lits)	12843	13746	13868	13791	13962
CHSLD Saint-Cyprien (20 lits)	7287	7858	8368	7879	7367
Unité transitoire de récupération fonctionnelle (11 places)	2545	3290	4952	4950	5090
Ressources intermédiaires (103 places)	36581	36398	36577	35180	36310



• Centre de jour

Présence au Centre de jour					
Année	2009-2010	2010-2011	2011-2012	2012-2013	2013-2014
Présence	4629	5180	5149	4582	4325

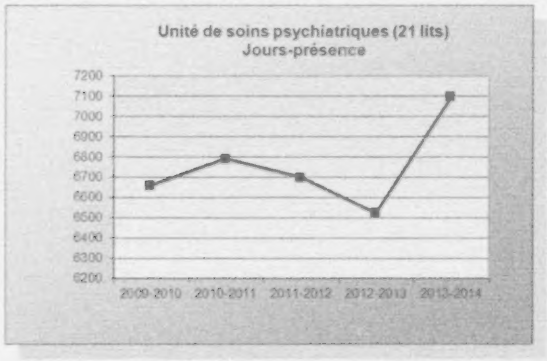
Interventions					
Année	2009-2010	2010-2011	2011-2012	2012-2013	2013-2014
Total interventions	28174	28935	32338	33681	31542



Santé mentale

• Hospitalisation en courte durée et hébergement

Courte durée - Unité de soins psychiatriques (21 lits)					
Année	2009-2010	2010-2011	2011-2012	2012-2013	2013-2014
Jours-présence	6657	6789	6696	6521	7096
Hébergement					
Jours-présence	2009-2010	2010-2011	2011-2012	2012-2013	2013-2014
Ressources intermédiaires (14 places)	4892	5039	4804	5022	4792
Ressources de type familial (69 places)	21236	21772	21577	20595	21443



• Services externes spécialisés

SERVICES EXTERNES SPÉCIALISÉS		
	Total	
Année	Usagers	Visites
2009-2010	1830	10062
2010-2011	1772	9238
2011-2012	1718	9392
2012-2013	1663	8319
2013-2014	1874	10408

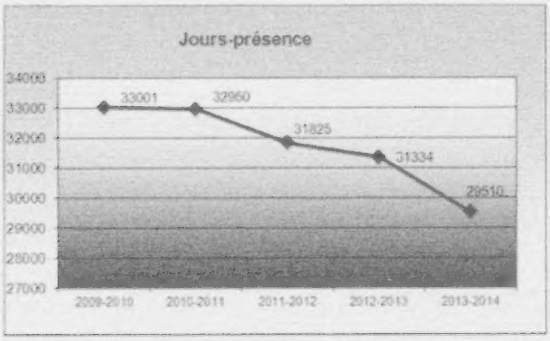
• Services de première ligne

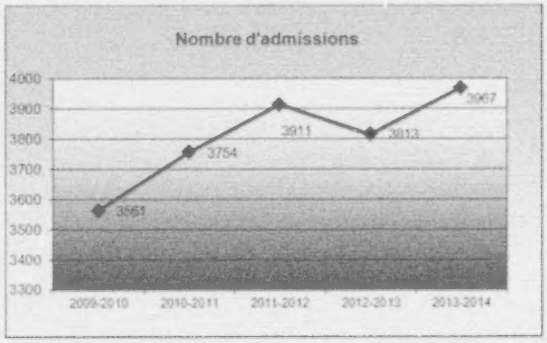
SERVICES 1ÈRE LIGNE	
Année	Usagers
2009-2010	1061
2010-2011	1033
2011-2012	903
2012-2013	951
2013-2014	964

Santé physique

• Hospitalisation en courte durée

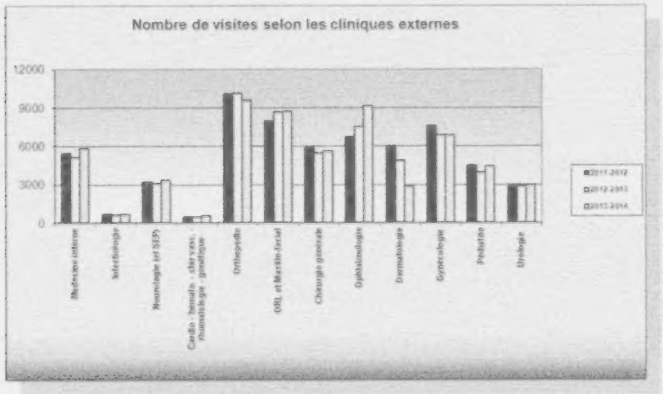
Nombre d'admissions, Jours-présence et nombre de lits occupés					
	2009-2010	2010-2011	2011-2012	2012-2013	2013-2014
Nombre d'admissions	3561	3754	3911	3813	3967
Jours-présence	33001	32950	31825	31334	29510

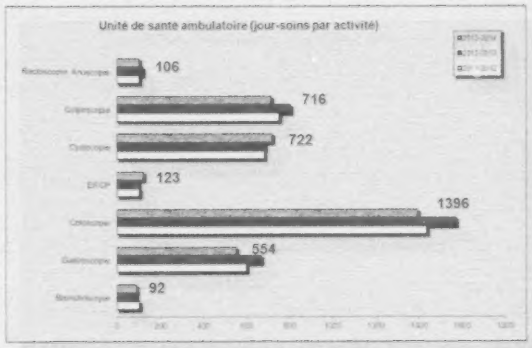




• Clinique externe

CLINIQUES EXTERNES	2009-2010	2010-2011	2011-2012	2012-2013	2013-2014
Total	60143	62458	61163	59517	60666

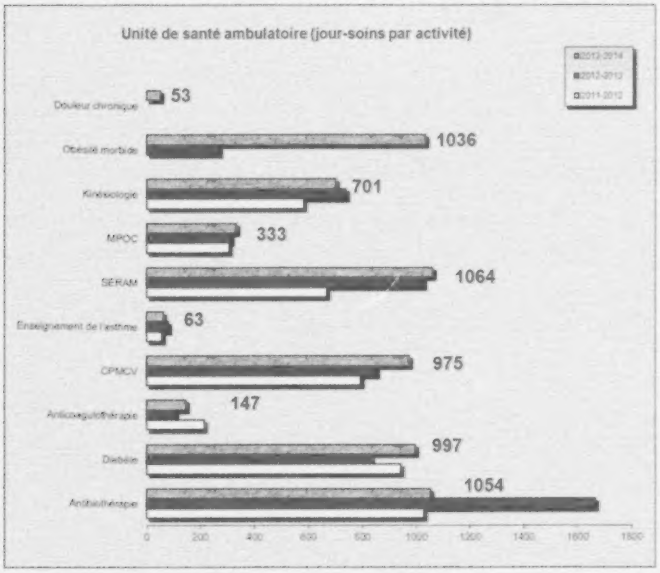




Nombre d'endoscopies réalisées					
	2009-2010	2010-2011	2011-2012	2012-2013	2013-2014
TOTAL	3584	3519	3799	4049	3709

• **Unité de services ambulatoires**

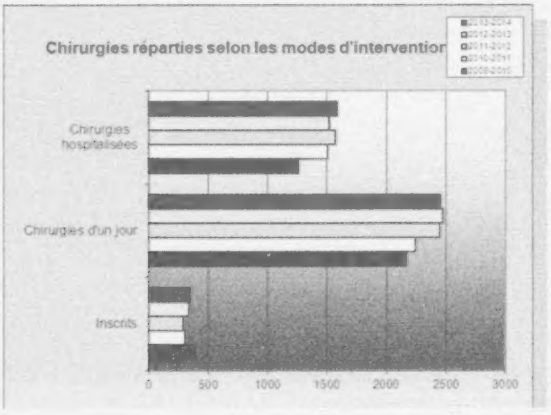
Unité de santé ambulatoire (somme jour-soins)					
	2009-2010	2010-2011	2011-2012	2012-2013	2013-2014
TOTAL	3911	4338	4593	5889	6423

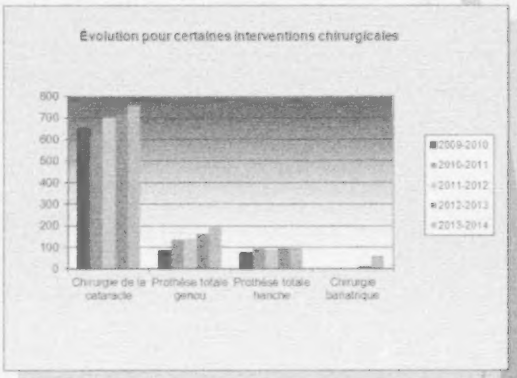


Légende
MPOC : *maladie pulmonaire obstructive chronique*
CPMCV : *clinique de prévention des maladies cardio-vasculaires*

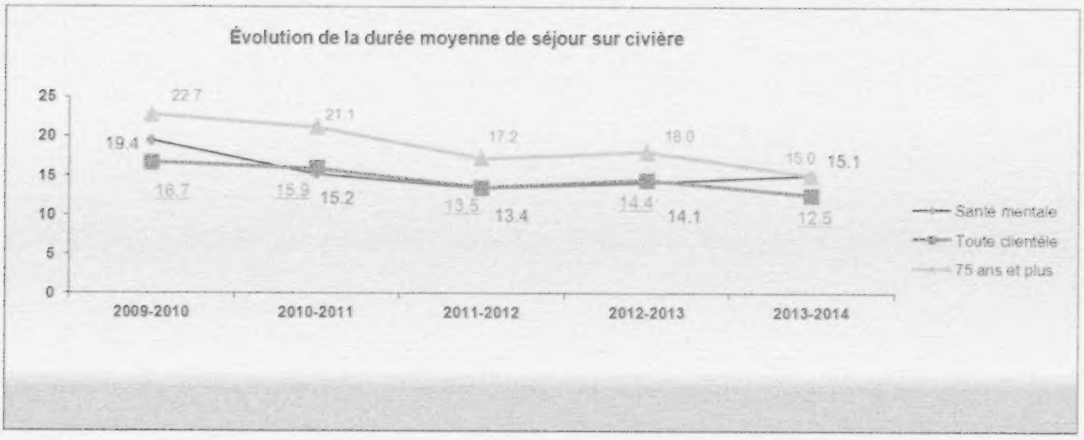
• **Activités au bloc opératoire**

Activités au bloc opératoire nombre d'interventions	
2009-2010	3829
2010-2011	4057
2011-2012	4319
2012-2013	4337
2013-2014	4401





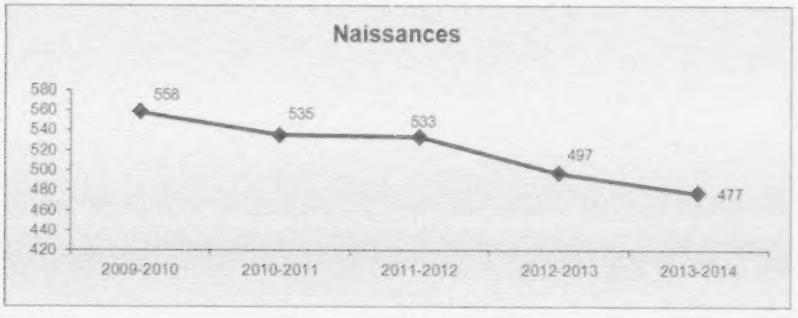
• **Urgence**

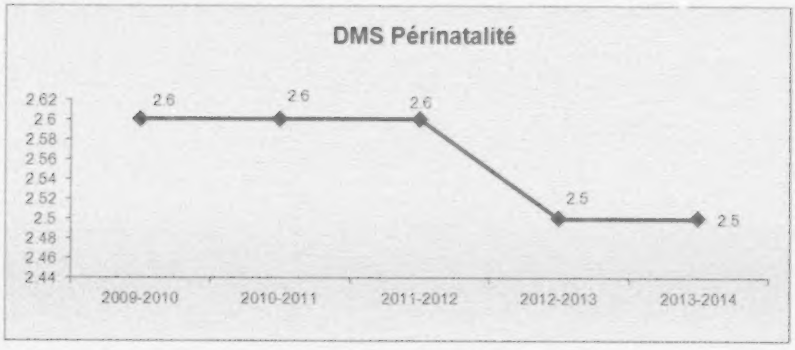


Nombre d'usagers	2009-2010	2010-2011	2011-2012	2012-2013	2013-2014
Clientèle ambulatoire	18498	18523	18164	18124	18007
Clientèle sur civière	4983	5151	5440	5623	5924
Durée moyenne de séjour sur civière	16.7	15.9	13.5	14.4	12.5

Programme famille-enfance-jeunesse

• **Hospitalisation**





- **Jeunes en difficulté**

	2009-2010	2010-2011	2011-2012	2012-2013	2013-2014
Nombre d'usagers rejoints	762	844	931	953	943
Nombre moyen d'interventions par usager	7.6	7.1	6.8	6.3	7.0

Programme déficience intellectuelle et troubles de l'apprentissage (DI-TED)

	2009-2010	2010-2011	2011-2012	2012-2013	2013-2014
Nombre de personnes desservies en DI-TED	73	71	70	77	94
Nombre moyen d'interventions par personne	14.6	8.5	11.4	12.9	7.9

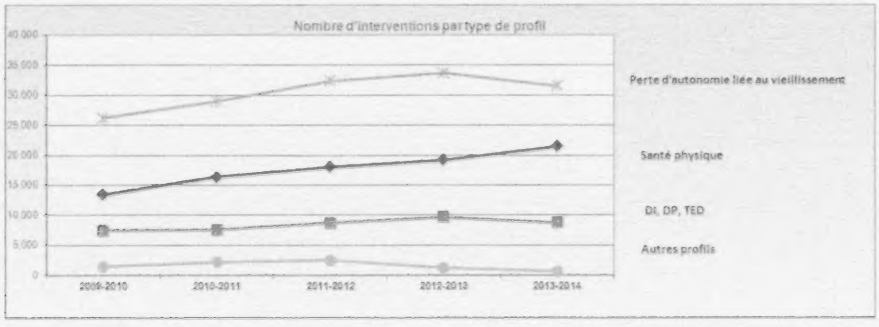
Programme déficience physique (DP)

	2009-2010	2010-2011	2011-2012	2012-2013	2013-2014
Nombre de personnnes desservies en DP	435	497	432	369	279
Nombre moyen d'interventions par personne	14.6	14.0	18.3	23.9	30.5

Soutien à domicile

Nombre d'usagers					
Centre d'activité	2009-2010	2010-2011	2011-2012	2012-2013	2013-2014
Soins infirmiers	1294	1334	1425	1438	1437
Inhalothérapie	213	193	180	161	156
Aide à domicile	563	514	527	606	603
Services psychociaux	1147	1131	1085	1101	1246
Ergothérapie	532	521	464	469	430
Physiothérapie	454	451	448	473	502
Total	4203	4144	4129	4248	4374
Nombre réel d'usagers différents	2371	2211	2145	2153	2131

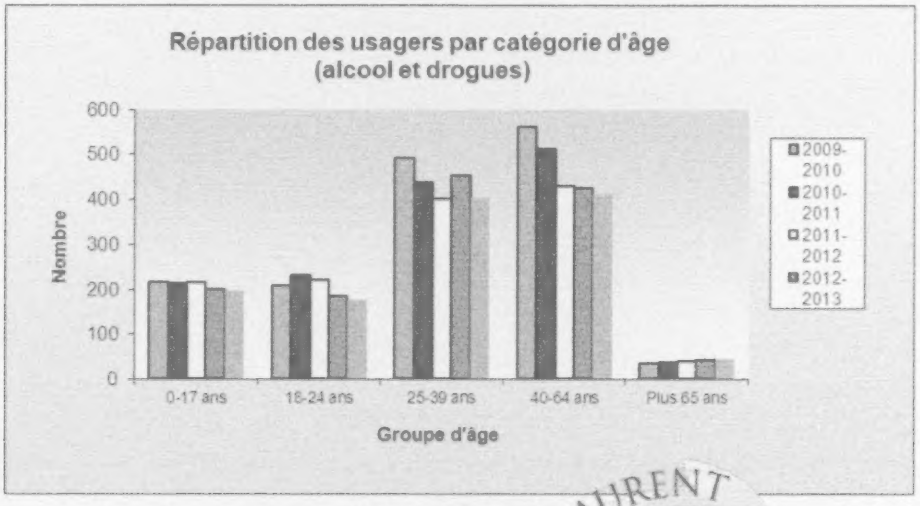
Nombre d'interventions					
Centre d'activité	2009-2010	2010-2011	2011-2012	2012-2013	2013-2014
Soins infirmiers	15525	18639	22756	23843	20722
Inhalothérapie	1473	1365	1396	1124	1201
Aide à domicile	20126	22229	23592	25379	28357
Services psychociaux	6479	7195	7968	7963	7640
Ergothérapie	2011	2378	2289	2342	2341
Physiothérapie	2832	3166	3409	3074	3323
Total	48446	54972	61410	63725	63584

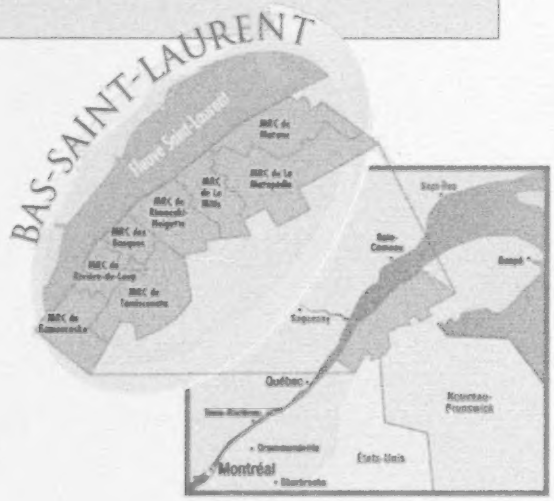


• Centre de réadaptation en dépendance du Bas-Saint-Laurent

CENTRE DE RÉADAPTATION EN DÉPENDANCE DU BAS-SAINT-LAURENT

USAGERS INSCRITS EN CENTRE DE JOUR ET EN EXTERNE / alcool et drogues						
	0-17 ans	18-24 ans	25-39 ans	40-64 ans	Plus 65 ans	Total
2009-2010	215	208	493	562	35	1513
2010-2011	213	231	439	512	37	1432
2011-2012	215	220	401	431	40	1307
2012-2013	199	185	453	425	43	1305
2013-2014	198	176	403	411	45	1233





5. Faits saillants

Qualité des services

Il est important pour un établissement de santé de compter sur l'avis et les commentaires d'experts afin d'assurer l'amélioration continue des services offerts à sa population. Comme Centre de santé et de services sociaux desservant un vaste territoire, nous considérons essentiel de collaborer avec les organismes d'évaluation qui visitent notre CSSS. Au cours de la dernière année, nous avons reçu deux visites ministérielles : la première a remis un rapport d'évaluation de qualité du milieu de vie au Centre d'hébergement Saint-Joseph et la deuxième visite portait sur l'efficience de l'urgence du Centre hospitalier régional du Grand-Portage. Le Collège des médecins est aussi venu nous rendre visite pendant quelques jours et a remis un rapport présentant des pistes d'actions très intéressantes. Finalement, le Vérificateur général a déposé son rapport portant sur « l'optimisation des ressources : déficience intellectuelle et les troubles envahissants du développement » à l'Assemblée nationale, dans lequel, notre projet développement clinique interdisciplinaire pour les diagnostics d'enfants de cinq ans ou moins a été ciblé en exemple. Au chapitre 2, portant sur la déficience intellectuelle et les troubles envahissants du développement, il y est mentionné que notre le permet du CSSS de RDL permet d'augmenter le processus de réponses aux enfants et à leur famille ayant besoin de suivi.

Performance organisationnelle

Le CSSS de Rivière-du-Loup doit offrir à la population et aux communautés de la MRC de RDL ainsi qu'aux clientèles du Kamouraska, du Témiscouata, des Basques et aux usagers du Centre de réadaptation en dépendance du Bas-Saint-Laurent des services de qualité dans le respect du maintien et de renforcement de la santé et du bien-être de chaque personne, dans l'assurance de la dispensation de services sécuritaires et de qualité. Pour se faire, nous avons poursuivi les projets d'optimisation visant à consolider les actions d'efficience organisationnelle au sein de différents secteurs. La performance globale de notre établissement s'en trouvera renforcée.

Voici à quoi ressemblera le Centre hospitalier régional du Grand-Portage lorsque les travaux seront terminés en 2015.

Modernisation des infrastructures

Les travaux de renforcement sismique et de réfection de l'enveloppe extérieure du Centre hospitalier régional du Grand-Portage ont débuté en juillet 2013. En plus de répondre aux exigences de la sécurité en cas d'un séisme majeur, le bâtiment sera dorénavant isolé de façon adéquate; l'étanchéité sera aussi complète corrigée ainsi que la fenestration des ailes A et B. Un autre projet majeur, aussi lancé en 2013, est la réfection de l'entrée électrique du groupe électrogène. Les travaux, qui ont duré près de 12 mois, consistaient en la construction d'un nouveau bâtiment pour abriter les deux nouvelles génératrices du CHRGP. La prise en charge de tout le Centre hospitalier sera maintenant possible dans le cas d'une panne de courant, ce qui est un avantage important pour la sécurité et la qualité des services.

Mobilisation

Le personnel et les médecins du CSSS ont souvent été interpelés au cours de l'année 2013-2014 dans le cadre de sondages sur la mobilisation du personnel et sur la sécurité des patients (entre autres). Les réponses et la participation de tous nous a permis de constater une mobilisation importante de la part des différents acteurs de notre établissement de santé. Nous sommes heureux de cette participation qui démontre une volonté de collaboration au processus d'amélioration continue de notre offre de service.

Ouverture sur la communauté

Le dépôt de la planification stratégique nous a permis de réaffirmer les valeurs de notre établissement : la primauté de la personne, le respect, la solidarité, la compétence et l'innovation. Au cours de la dernière année, nous avons choisi de les actualiser en choisissant, en collaboration avec le

comité des usagers du CSSS, d'aller rencontrer les citoyens dans leurs municipalités. Ces rencontres nous ont permis de rencontrer des personnes accueillantes, qui apprécient le travail accompli par les employés et les médecins du CSSS et qui souhaitent participer au renforcement de leur qualité de vie et de leur santé.

Le CLSC de L'Isle-Verte a été relocalisé au presbytère, et ce, dès le 24 janvier 2014.

Visite du ministre Hébert à l'équipe du CLSC de L'Isle-Verte le 27 janvier 2014.

L'Isle-Verte

En janvier 2014, la résidence du Havre à L'Isle-Verte a brûlé, faisant 32 victimes parmi les résidents. Les locaux du CLSC de L'Isle-Verte, qui étaient logés dans la résidence, ont aussi été détruits durant l'incendie. Quelques minutes après l'appel d'urgence, les mesures de sécurité civile du CSSS avaient été mises en place par nos équipes. Les services psychosociaux et de soins cliniques du CSSS de RDL, en collaboration avec les autres établissements de santé de la région, ont été offerts dès les premiers instants aux survivants, à leur famille et à toute la communauté. Par la suite, durant la phase de rétablissement, lancée quelques semaines après la tragédie, une équipe dédiée du CSSS a été déployée auprès de la population. En moins de 72 heures, le CLSC était en mesure de rouvrir ses portes et les services médicaux offerts par un omnipraticien n'ont jamais eu à être repoussés.

5.1 Direction famille, enfance, jeunesse, santé mentale et santé publique

Famille, enfance, jeunesse

Le programme Famille, enfance, jeunesse offre des services de 1re ligne en CLSC, des services hospitaliers en périnatalité, en pédiatrie et en gynécologie. Par surcroît, il offre des services de santé mentale jeunesse en 1re ligne et des services spécialisés en pédopsychiatrie. Enfin, il inclut les services de la clinique jeunesse et de planning du KRTB.

Faits saillants :

- Implantation d'un programme (Higgins) de suivi en nutrition auprès des femmes enceintes présentant une situation de précarité financière;
- Poursuite de la mise en œuvre des conditions pour l'Initiative amis des bébés et réalisation d'une évaluation informelle avec une représentante de l'Agrément, 78 % des femmes allaitent leur bébé 24 heures après la sortie de notre Centre hospitalier;

Le CSSS s'est doté, il y a quelques années, d'une politique d'allaitement maternel. Nous poursuivons aussi notre démarche pour la certification « Initiative Amis des bébés ».

- L'équipe de périnatalité a réalisé la troisième année de l'approche multidisciplinaire de prévention des risques obstétricaux AMPRO et a mis sur pied un comité d'analyse des déclarations d'accidents-incidents;
- Intégration des standards de pratique en soins infirmiers scolaires;
- Mise à niveau des protocoles pour contrer les maladies infectieuses auprès des jeunes;
- Implantation des services en orthophonie de 1re ligne pour les enfants âgés de 5 à 7 ans et demeurant sur le territoire du KRTB;
- Implantation du programme négligence et de l'intervention de groupe l'Entrain auprès de familles de notre MRC, et ce, dans le cadre d'une entente convenue avec le Centre jeunesse du Bas-Saint-Laurent et l'Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent;
- Ajout d'une travailleuse sociale à l'équipe de pédopsychiatrie et détermination de son mandat;
- Implantation d'une nouvelle collaboration avec « Réseau boulot » pour du répit aux parents ayant un enfant présentant un TDA/H.

Déficience intellectuelle - Trouble envahissant du développement – déficience physique (DI-TED-DP)

Le programme DI-TED-DP est transversal aux autres programmes puisqu'il couvre les besoins des personnes de 0 à 100 ans.

Faits saillants :

- Implantation de la fonction d'intervenant pivot-réseau pour les personnes de 0 à 25 ans;
- Structuration des passerelles de l'entrée scolaire, du passage du primaire au secondaire et du secondaire à la vie adulte via le modèle « parcours d'intégration » pour les personnes présentant des retards ou une déficience;
- Audition à la Commission parlementaire sur l'administrative publique où nous avons présenté notre plan d'action à la suite du rapport du Vérificateur général portant sur la déficience intellectuelle et trouble envahissants du développement. Nos gains en termes de réduction des délais pour l'accès aux services d'évaluation pour 0-5 ans ont été félicités;
- Mise en place d'une instance de concertation pour le territoire de la MRC en DI-TED-DP;
- Réalisation d'une démarche locale de projet clinique pour le programme DI-TED et priorisation des actions pour les trois prochaines années;
- Consolidation de l'équipe dédiée en DI-TED-DP par l'ajout d'une éducatrice spécialisée transférée du CRDI-TED;
- Transfert de 35 utilisateurs de service du CRDI-TED vers notre CSSS et signature d'une entente de collaboration à cet effet.

Services sociaux généraux

Les services sociaux généraux se composent de six volets : accueil, analyse, orientation et référence (AAO-R), consultation téléphonique psychosociale 24/7 (INFO-SOCIAL), intervention de crise 24/7, consultation sociale et psychologique et le volet psychosocial en sécurité civile. Il s'agit de service de 1re ligne en CLSC.

Faits saillants :

- Mise en place d'un plan d'action pour l'implantation des standards d'accès, de continuité, de qualité, d'efficacité et d'efficience pour les volets de l'AAO-R et des consultations sociales et psychologiques;
- Orientation des usagers vers le programme des services sociaux généraux à partir du 1er novembre 2013;
- Présentation, implantation et arrimage avec INFO-SOCIAL (811 option 2);
- Transfert du groupe « Un temps pour soi » vers le Centre d'Entraide l'Horizon;
- Poursuite du groupe « Reprendre pied » pour les usagers en attente de services.

Santé mentale adulte

Le programme santé mentale adulte regroupe l'ensemble de l'offre de service de 1re ligne en CLSC (suivi psychologique et service social et suivi d'intensité variable) et de 2e ligne (unité de soins de psychiatrie, clinique externe de psychiatrie, clinique Sans mur, clinique des premiers épisodes psychotiques, suivi intensif, soins et services partagés) ainsi que les ressources résidentielles (RI et RTF).

Le 28 mars, le réseau local de service du programme santé mentale s'est réuni dans un but d'amélioration des services offerts autant dans notre CSSS que dans tout le réseau des partenaires en santé mentale.

Faits saillants :

- Organisation d'une journée sur le rétablissement avec les professionnels du programme santé mentale, nos partenaires du RLS, les usagers et leur famille dans le but d'implanter la philosophie du rétablissement dans tout le continuum de services en santé mentale;
- Poursuite de la mise en place des bonnes pratiques en lien avec les personnes à risque suicidaire par la formation et l'élaboration du rapport d'intervention pour les personnes à risque suicidaire;
- Élaboration d'un plan d'action pour l'arrimage des services de santé mentale dans la communauté entre le CSSS et les partenaires de notre réseau local de service (RLS) en collaboration avec l'Agence de la santé et services sociaux du Bas-Saint-Laurent et le Centre national d'excellence en santé mentale;
- Révision de la pratique « Suivi d'intensité variable », avec le Centre national d'excellence en santé mentale;
- Poursuite de l'élaboration de la clinique pour les premiers épisodes psychotiques et assignation d'un ergothérapeute à raison de deux jours par semaine pour cette clinique;
- Poursuite des travaux du comité des bonnes pratiques sur l'unité de soins sur trois axes (améliorer la réunion interdisciplinaire, instaurer un milieu thérapeutique et améliorer les pratiques cliniques selon le suivi systématique des clientèles) dans le cadre de la philosophie du rétablissement;
- Réalisation d'un portrait sur les habitudes de vie sur l'unité de soins et travaux en cours avec l'équipe des nutritionnistes et le comité des bonnes pratiques;
- Rencontres de soutien de la CLINIQUE SANS MUR pour nos partenaires de 1re ligne;
- Arrivé d'un psychiatre et amélioration des délais d'accès en 2e ligne;
- Participation aux travaux régionaux pour les troubles graves de comportement;
- Instauration du nouvel outil de classification et formation des intervenants;
- Intégration d'un psychiatre conseil pour l'équipe d'hébergement.

Dépendances

Le programme dépendances se compose d'une offre de service de 1re ligne en CLSC et de 2e ligne offert par le Centre de réadaptation en dépendance du Bas-Saint-Laurent, l'Estran

Faits saillants (services de 1re ligne) :

- Poursuite du programme Alcochoix et interventions précoces en individuel;
- Détection et référence vers les services spécialisés.

Faits saillants (Centre de réadaptation en dépendance du Bas-Saint-Laurent, L'Estran) :

- Implantation de l'outil d'évaluation spécialisée de la dépendance, GAIN (Global Appraisal of individual Needs) et du niveau de désintoxication le NID-EP;

CENTRE DE RÉADAPTATION EN DÉPENDANCE DU BAS-SAINT-LAURENT

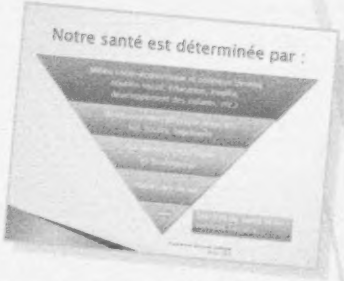
Les membres de l'équipe du CRD, l'Estran en octobre 2013.

- Poursuite de services spécialisés en dépendance pour les jeunes en unités de vie du Centre jeunesse du Bas-Saint-Laurent;
- Révision et ajustement de l'entente entre le CRD l'Estran et le Centre jeunesse du Bas-Saint-Laurent;
- Bilan et suivis des ententes de partenariat avec les CSSS, les établissements du milieu scolaire, le Centre jeunesse du BSL, le CRDI et le CRDP;
- Entente signée entre le CRD-GÎM, l'Escale et le CRDBSL, l'Estran;
- Soutien et conseil à la 1re ligne quant aux besoins de formation;
- Appropriation des nouveaux guides de pratiques émis par l'Association des centres de réadaptation en dépendance du Québec;
- Mise en place d'un comité de travail pour le déploiement du service médical (médecins répondant) pour le CRDBSL, l'Estran (incluant l'embauche de deux infirmières de liaison);
- Implantation d'intervenants désignés dans chacun des points de services du CRD;
- Embauche d'un spécialiste en activités cliniques;
- Distribution du matériel clinique pour évaluer les risques de sevrage chez la clientèle.

Santé publique

Le programme de santé publique regroupe plus de dix secteurs d'activités dans lesquels les professionnels du CSSS œuvrent sur l'ensemble du continuum de services. Celles-ci sont le soutien aux saines habitudes de vie, le transport actif sécuritaire, l'activité physique, la prévention des traumas routiers, la prévention des chutes, la prévention du suicide, la prévention des dépendances et de la surconsommation de médicaments psychotropes, la lutte aux ITSS, la couverture vaccinale, la prévention des infections nosocomiales, la promotion/prévention en périnatalité et enfin la promotion/prévention en milieu scolaire.

Faits saillants :



Pyramide inversée des déterminants de la santé que l'on retrouve dans le programme de santé publique 2010-2015 du CSSS de RDL.

- Mise en œuvre de modalités concertées KRB pour contrer les effets de la pauvreté et bonifier l'autonomie alimentaire, dont l'implantation de la « boîte fraicheur » et le soutien au développement de jardins collectifs;
- Production d'un portrait local et transversal en lien avec les environnements favorables aux saines habitudes de vie de la MRC de Rivière-du-Loup;
- Embauche d'un conseiller en promotion et prévention en santé;
- Implantation d'un programme de prévention des chutes;
- Activité de dépistage de masse en ITSS au Pavillon de l'Avenir et au Cégep de Rivière-du-Loup;
- 25 organismes de la communauté font partie du collectif pour la solidarité et l'inclusion sociale;
- Plus de 80 intervenants sont formés en lien avec les bonnes pratiques auprès des personnes à risque suicidaire;
- Réalisation d'un plan d'action afin de consolider le réseau local de services du CSSS avec le support de l'Initiative sur le partage des connaissances et le développement des compétences (IPCDC) et l'Institut national de santé public (INSPQ).

Services multidisciplinaires

Les services multidisciplinaires s'inscrivent dans l'axe qualité, compétence et pertinence où la responsabilité première est la qualité des services et des actes professionnels posés. Quelques 300 techniciens et professionnels répartis sous 36 titres d'emploi composent ce groupe. Les services multidisciplinaires se retrouvent regroupés avec la direction des services professionnels et du partenariat médical.

Faits saillants :

- Réaliser un plan de développement des ressources humaines pour les professionnels membres du conseil multidisciplinaire;
- Gestion des programmes d'orientation pour les membres du conseil multidisciplinaire et du personnel de la SCFP;
- Assurer le respect de l'application de la loi 28 (Loi modifiant le code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines) dans l'établissement;
- Définir la pratique en service social en courte durée;
- Définir les modalités d'application de l'article 94 m en physiothérapie;
- Production d'un cadre de référence de la supervision clinique dans le secteur d'activité psychosocial;
- Participation au conseil exécutif du conseil multidisciplinaire du CSSS (huit rencontres) et quelques activités spéciales;
- Participation à la Commission multidisciplinaire régionale du Bas-Saint-Laurent;
- Collaboration au plan d'action à la Commission multidisciplinaire régionale;
- Participation à la Table des directeurs des services multidisciplinaires de Montréal et de ses environs.

5.2 Direction santé physique et soutien à l'autonomie des personnes âgées

Programme santé physique

Au cours de la dernière année, l'équipe a misé sur la participation au développement des actions à poser pour des environnements favorables, sur la formation du personnel pour l'utilisation d'un outil favorisant la transmission de l'information entre la 1re ligne et la 2e ligne et travaillé sur le processus de l'Agrément de façon continue.

Faits saillants :

Maladies chroniques – asthme – MPOC – diabète - maladies cardiaques - insuffisance cardiaque - PPMC

- Poursuite de l'implantation des cliniques en maladies chroniques;
- Rencontre locale permettant les échanges sur les bonnes pratiques;
- Poursuite du projet gymnase;
- Entraînement par la kinésiologue de la clientèle des maladies chroniques dans le gymnase du CSSS;
- Collaboration du service de kinésiologie en 1re ligne avec la deuxième ligne, afin de diminuer la liste d'attente;
- Travail en collaboration avec l'ASSS du BSL sur la saisie des données statistiques.

Clinique du diabète

- Révision des « case load » pour déterminer la clientèle de la 1re ligne et de la 2e ligne;
- Installation de pompes à insuline – diabète juvénile;
- Augmentation considérable de la clientèle avec le départ des médecins de 1re ligne.

Anticoagulothérapie
- Mise en place d'un accès informatique pour gérer l'anticoagulothérapie;
- Consolidation de la transmission de l'information entre la 1re ligne et la 2e ligne;
- Formation du personnel sur les nouveaux outils utilisés.

Oxygénothérapie
- Élaboration d'un programme d'oxygénothérapie en lien avec le programme national;
- Rencontre par téléconférence avec les huit CSSS – le CSSS de Rivière-du-Loup est fiduciaire.

Oncologie
- Révision du rôle et de l'organisation du travail de l'infirmière pivot en oncologie et de l'infirmière de la clinique du sein;
- Consolidation du partenariat d'équipe régionale;
- Révision de l'organisation du travail en oncologie;
- Ajout d'un service de massothérapie en oncologie.

Antibiothérapie
- Mise en place du programme d'auto-administration pour les antibiothérapies à domicile.

Pieds diabétiques
- Formation de l'infirmière pour le démarrage de la clinique.

Thrombolyse cérébrale
- Mise en place d'un nouveau protocole consistant à effectuer une thrombolyse cérébrale;
- Travail en collaboration avec le Centre hospitalier affilié universitaire de Québec, par le biais de la télé-thrombolyse;
- Formation des intervenants concernés.

Clinique de chirurgie bariatrique
- Poursuite de la clinique de chirurgie bariatrique;
- Réalisation de 73 chirurgies en 2013-2014.

Clinique PRÉVOIR
- Formation des intervenants dans le but de développer une clinique PRÉVOIR (prévention optimale de l'insuffisance rénale).

Clinique de la douleur
- Démarrage de la clinique de la douleur;
- Travail sur le consortium en collaboration avec l'Agence de la santé et des services sociaux du BSL;
- Rencontres effectuées avec 90 patients (jusqu'à maintenant);

Accueil clinique
- Amorce d'une réflexion en collaboration avec les omnipraticiens sur le développement d'un accueil clinique ou une manière similaire d'offrir un service d'investigation pour des consultations en spécialités à l'aide d'ordonnances collectives.

Don d'organes
- Poursuite des activités du comité du don d'organes.

Bloc opératoire, chirurgie d'un jour, clinique préopératoire et inhalothérapie
- Poursuite du plan d'action au bloc opératoire dans le but d'augmenter l'accessibilité et la productivité;
- Réduction significative de la liste d'attente pour l'ensemble des chirurgies.

Chirurgie, cliniques spécialisées, clinique de réadaptation externe et centrale de rendez-vous
- Révision de l'offre de service en physiothérapie en cours à la clinique de réadaptation externe;
- Début de l'implantation de l'approche adaptée à l'unité de chirurgie;
- Réorganisation des rôles et responsabilités à la clinique d'urologie en ajoutant des heures de préposés aux bénéficiaires.

Soins critiques
- Mise en place d'un plan d'action à la suite de la visite ministérielle;
- Augmentation des heures travaillées en service social à l'urgence;
- Diminution du temps de séjour sur civière à 12,4 heures;
- Poursuite de l'implantation à l'urgence de l'approche adaptée à la personne âgée;
- Poursuite des activités du comité de traumatologie;
- Poursuite de l'amélioration du processus au niveau du triage;
- Repérage avec l'outil Prisma-7 pour la clientèle de 75 ans et plus, sur civière et ambulatoire.

Projet colorectal
- Poursuite du plan d'action du projet colorectal pour favoriser l'accessibilité en respect des normes cliniques;
- Visite du MSSS avec recommandations;
- Diminution importante des listes d'attente hors délai pour le projet colorectal.

Médecine
- Début d'une réorganisation de l'unité de médecine en fonction des rôles et responsabilités;
- Poursuite de l'implantation de l'approche adaptée à la personne âgée.

Programme de soutien à l'autonomie des personnes âgées

« L'important c'est de rester actif et de bouger ».

Faits saillants :

Général
- Poursuite du plan d'action pour réduire le nombre de clients en fin de soins actifs dans les lits de courte durée;
- Poursuite du comité tactique de coordination pour suivre l'évolution de la situation des fins de soins actifs en courte durée;
- Participation au comité Proches aidants de la MRC de Rivière-du-Loup et du réseau qualité;
- Travaux pour renouvellement de l'entente tripartite sur le projet répit-Alzheimer;
- Tournée de la population avec la direction et le comité des usagers, afin de présenter l'offre de service du SAPA;
- Prise en charge de l'entente avec le soutien communautaire en logement social délégué par l'ASSS du BSL;
- Étude et analyse du continuum de service en AVC (accident vasculaire cérébral) et ICT (ischémie cérébrale transitoire) au programme SAPA, en collaboration avec le programme santé physique;
- Révision du fonctionnement du comité d'orientation et d'accès;
- Relocalisation de la clientèle de la résidence du Havre de L'Isle-Verte, à la suite d'un incendie;
- Travaux en lien avec la visite de l'Agrément au SAD-SAPA, CHSLD, et en collaboration avec le programme santé physique pour l'UCDG-URFI et les soins ambulatoires au CLSC.

Soutien à domicile, clinique de soins infirmiers, Ile Notre-Dame-des-Sept-Douleurs, clientèle orpheline, clinique voyage

- Poursuite de l'implantation du plan d'action visant l'actualisation des lignes directrices régionales pour l'intégration des services aux personnes en perte d'autonomie et l'optimisation du programme de soutien à domicile;
- Poursuite de l'optimisation du soutien à domicile pour augmenter le nombre d'heures directes à la clientèle;
- Révision des processus à l'AAOR (volet santé physique et personnes âgées)
- Mise en application des critères d'admissibilité au SAD;
- Mise en place du cadre de référence révisé du travail en interdisciplinarité au SAD-SAPA;
- Élaboration d'un cadre de référence pour les ASSS;
- Complétion des ISO SMAF pour les personnes ayant un profil gériatrique;
- Complétion des OEMC pour la clientèle SAD-SAPA;
- Élaboration d'un cadre de référence des gestionnaires de cas;
- Repérage de la clientèle avec l'outil Prisma-7 au niveau du SEGA - Centre de jour - clinique de vaccination et à l'urgence;
- Poursuite de la priorisation de la clientèle orpheline.

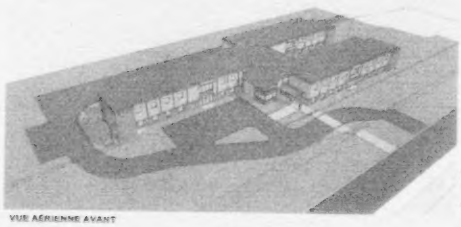
Les locaux du CLSC à Saint-Cyprien ont été relocalisés en septembre 2013.

UCDG – URFI – SEGA - Ressources intermédiaires - UTRF

- Début de l'implantation de l'approche adaptée à la personne âgée à l'UCDG-URFI;
- Poursuite des travaux en lien avec la loi 49 aux ressources intermédiaires et création d'une équipe tactique en lien avec la rétribution des propriétaires;
- Création d'un comité de concertation avec la RESSAQ en collaboration avec le programme santé mentale et la direction des ressources humaines et du développement organisationnel;
- Révision de l'offre de service de l'hébergement temporaire, de ses missions et de ses statistiques (pourcentage de 67 % de retour à domicile);
- Signature des ententes spécifiques avec l'ensemble des ressources intermédiaires;
- Enquête administrative au niveau d'une ressource intermédiaire;
- Analyse de l'offre de service du centre de jour en lien avec les travaux régionaux du SERG (service d'évaluation et de réadaptation gériatrique).

Les membres du regroupement des ergothérapeutes de l'Est du Québec (REEQ) se sont réunis pour une journée de formation au CSSS RDL, en mai 2013.

Lancement d'une activité sociale pour les résidents du Centre d'hébergement Saint-Joseph : « Le Bistro chez Mimi ».



Vue en 3D du projet du futur Centre d'hébergement de 72 lits qui sera construit à Rivière-du-Loup.

Centre d'hébergement Saint-Joseph - Centre d'hébergement de Saint-Antonin et Centre d'hébergement de Saint-Cyprien – projet CHSLD 72 lits

- Révision de l'organisation du travail à l'unité de troubles de comportement et dépôt du document à l'Agence de la santé et des services sociaux du BSL;
- Formation du personnel en lien avec les troubles de comportement;
- Suivis sous forme de coaching débutés pour les intervenants de l'îlot TGC au Centre d'hébergement St-Joseph;
- Projet d'organisation du travail en lien avec le temps supplémentaire au Centre d'hébergement Saint-Joseph;
- Ajout temporaire de quatre lits au Centre d'hébergement St-Joseph et de deux lits pour le Centre d'hébergement Saint-Cyprien;
- Poursuite des activités du comité nutrition en lien avec l'approche milieu de vie pour les trois CHSLD et communications régulières au comité des usagers;
- Mise en application du plan d'action à la suite de la visite ministérielle au Centre d'hébergement Saint-Joseph.

5.3 Direction des services professionnels et du partenariat médical

Le poste de directeur des services professionnels à temps complet n'est pas comblé, mais nous pouvons toujours compter sur le support du docteur Louis Lapointe, des chefs de département et du CMDP. Un ajout temporaire d'un poste cadre à la stérilisation a été fait pour permettre à l'ancien chef de travailler sur des dossiers prioritaires, par exemple l'Agrément du laboratoire, le DSQ et Optilab. Ceci nous permet également de travailler un projet de régionalisation de la stérilisation avec l'ASSS. Nous avons eu la visite d'inspection professionnelle du Collège des médecins du Québec en novembre 2013 et le rapport émis par le CMQ est, dans son ensemble, très positif.

Faits saillants :

Imagerie médicale

- Une mise à jour de notre façon de gérer les listes d'attente est en cours, ce qui nous permettra d'atteindre la cible ministérielle de moins de 3 mois d'attente pour tous les examens d'imagerie médicale;
- Une entente a également été conclue avec le CSSS de Témiscouata pour la desserte sur place, lors d'absence de leur radiologiste et pour les gardes en tout temps.

Gestion des lits

- Malgré une augmentation du nombre de cas de chirurgies, nous avons réussi à diminuer la durée moyenne de séjour (DMS) sur civière de 2 heures, nous ramenant à 12,5 heures. Un ajout en heures/semaine, en médecine, a été fait par les médecins de l'urgence, lors d'achalandage. Cela nous permet également d'améliorer le service en ambulatoire.

Pharmacie

- Malgré un manque criant de personnel en pharmacie (pharmaciens et assistantes techniciennes en pharmacie), le bilan comparatif du médicament a été implanté à l'urgence. Ceci permet entre autres de faire une validation complète de la médication de l'usager et de diminuer les erreurs liées à la médication.

Anesthésiologie

- Une entente de service a été conclue avec le CSSS de Kamouraska. Nous irons les desservir au minimum 16 semaines par année sur place à partir de l'automne 2014.

Psychiatrie

- Nous avons recruté une nouvelle psychiatre, Marie-Élaine Bélanger, elle est attendue pour janvier 2016. Il ne nous reste qu'un poste à combler.

Orthopédie

- Nous avons recruté un nouvel orthopédiste, Dominic Boulet, en remplacement anticipé du docteur René Perreault. Son arrivée est prévue en août 2014.

Obstétrique-gynécologie

- Dre Stéphanie Bossé est attendue en septembre 2014, en remplacement du Dr Jacques Maranda.

Médecine générale

- Les départs à la retraite ont causé une augmentation du nombre de clients orphelins. Un plan d'action est en cours pour améliorer l'offre de service en 1re ligne. Une table territoriale médicale – CSSS a également été créée pour travailler sur un plan d'action et prévoir l'avenir en médecine générale;
- Trois nouveaux médecins se joindront à nous en août et septembre 2014. Nous avons toujours du dépannage à l'hospitalisation et les listes de garde UCDG/URFI sont difficiles à combler. L'urgence par contre est présentement complète.

Anatomopathologie

- La situation en pathologie est toujours préoccupante, malgré la mise en place de plusieurs mesures, nous avons toujours des délais dans ce secteur.

Unité de retraitement des dispositifs médicaux (URDM)

- Une mise à niveau de différents procédés de retraitement a eu lieu au cours de l'année, dont l'abandon de la stérilisation à l'oxyde d'éthylène, qui a été remplacée par un procédé de stérilisation plus convivial et sécuritaire. Quant au volume de dispositifs retraités, une baisse d'environ 10 % a été notée et s'explique principalement par le remplacement d'une partie des champs en tissu par des champs à usage unique.

Unité de médecine familiale (UMF)

- Nous avons connu une légère diminution sur le nombre de mois/stage cette année. Nous sommes passés de 141 mois/stage à 131 mois/stage. Bravo à tous les médecins pour leur collaboration.

OMNI-PAROLE
LE JOURNAL DES OMNIPRATICIENS

Le premier bulletin d'information des omnipraticiens de notre csss : L'omni-paroles, dont la première édition a été publiée en septembre 2013.

Le nouveau stérilisateur à gaz de plasma de peroxyde d'hydrogène de l'urdm

De gauche à droite : Stéphane Ouellet, Madeleine Patenaude (formatrice), Sébastien Lamarre et Steeve Brousseau (GBM) Pendant une séance de formation sur le nouveau stérilisateur.

5.4 Direction des soins infirmiers et de la qualité

La direction des soins infirmiers et de la qualité (DSIQ) exerce son rôle selon deux axes principaux. Le premier concerne l'amélioration et la surveillance de la qualité des soins infirmiers offerts par une infirmière praticienne spécialisée pour les soins de 1re ligne, 340 infirmières, 110 infirmières-auxiliaires et plus de 100 préposés aux bénéficiaires et auxiliaires de santé et services sociaux répartis dans toutes les installations de l'établissement, ainsi que dans les ressources non institutionnelles. Ce rôle s'exerce en étroite collaboration avec l'ensemble des directions. Afin de répondre adéquatement aux mandats qui lui sont dévolus, la DSIQ compte également trois conseillères-cadres pour les missions centre hospitalier, CLSC, CHSLD et centre de réadaptation.

INFO-QUALITÉ

Le deuxième axe a pour mandat d'assurer la qualité et la sécurité des soins et des services offerts au CSSS. Outre la qualité, ses principales responsabilités sont à l'égard de la prestation sécuritaire des services à la clientèle, la gestion des risques, la coordination de la visite d'Agrément, l'éthique, la satisfaction de la clientèle ainsi que la coordination des bénévoles du CHRGP. Cette direction préconise une vision intégrée de la qualité qui encourage la réalisation de stratégies et d'actions amenant l'organisation vers une culture de qualité et de sécurité. La DSIQ cherche à favoriser et à promouvoir l'atteinte des meilleurs résultats pour le bénéfice de la clientèle.

L'année 2013-2014 a permis de poursuivre la révision des rôles pour une utilisation optimale des compétences des infirmières et des infirmières-auxiliaires dans quelques secteurs de pratique. La direction a également mis à contribution son expertise pour l'analyse de tous les dossiers de soutien et d'encadrement professionnel concernant les soins infirmiers et les recommandations à émettre, le cas échéant.

Faits saillants :
Dossiers cliniques

- Consolidation du programme de préceptorat par la nomination d'une conseillère en soins infirmiers assurant le soutien aux apprenantes;
- Coordination des stages cliniques en soins infirmiers;
- Poursuite des rencontres du comité des ordonnances collectives (OC), élaboration et révision des OC;
- Développement de règles de soins et outils divers;
- Élaboration du programme de prévention des chutes;
- Mise à jour du protocole d'application des mesures de contrôle;
- Participation à l'élaboration du cadre de référence régionale sur le développement des compétences des infirmières œuvrant auprès de la clientèle adulte-aînée;
- Participation au développement des pratiques novatrices des infirmières exerçant en GMF;
- Collaboration à la formation des infirmières dans le cadre du déploiement de projet de thrombolyse cérébrale;
- Réalisation d'audits de qualité (mesures de contrôle, surveillance des opiacés et utilisation de l'échelle de Braden);

- Implantation de l'outil de repérage Prisma 7 à l'urgence en vue de repérer les personnes à risque de perte d'autonomie;
- Poursuite de l'implantation de l'approche adaptée à la personne âgée (AAPÂ).

Qualité et sécurité

Depuis quelques années déjà, tous les établissements de la santé et des services sociaux doivent solliciter un agrément. La dernière reconnaissance du CSSS à ce titre remonte en juin 2011. La prochaine visite d'Agrément Canada est prévue en juin 2014.

Plusieurs étapes liées à la préparation de cette visite ont été franchies en cours d'année :

- Activation des principales instances afin de s'autoévaluer par rapport aux différentes normes;
- Réalisation de sondages sur la mobilisation du personnel et sur la satisfaction de la clientèle permettant de confirmer que l'établissement répond aux exigences d'Agrément Canada associées aux indicateurs de satisfaction de la clientèle et de mobilisation au travail;
- Réalisation du sondage de la gouvernance et celui sur la culture de sécurité des patients dans le cadre du processus d'Agrément;
- Élaboration et suivi d'un plan d'action relatif à l'ensemble des POR (pratiques organisationnelles requises). Chacune des 33 POR a fait l'objet d'une analyse et d'une planification opérationnelle visant à assurer la conformité à ces normes hautement prioritaires pour garantir la sécurité des clients; des actions ont immédiatement été entreprises à la suite de ces analyses;
- Rédaction des plans d'action par les équipes d'agrément, pour chacune des sections de normes;
- Suivi du tableau de bord en collaboration avec le comité de vigilance et de la qualité;
- Support aux équipes-qualité dans la démarche de préparation à la visite d'Agrément;
- Poursuite des travaux du comité de gestion des risques.

Semaine des bénévoles au CSSS de RDL.

Promotion des valeurs du CSSS de RDL. Affiche développée avec la commissaire locale aux plaintes et à la qualité du service.

Activité « Trouvez les erreurs ».

5.5 Ressources humaines

Débutée en fin d'année d'exercice 2012-2013, la DRHDO a complété cette année l'implantation de son nouveau modèle d'organisation de service en y incluant le volet développement organisationnel. Cette évolution de la fonction ressources humaines était rendue nécessaire pour permettre à l'organisation d'être plus performante dans l'atteinte des mandats RH plus contemporains : attraction et fidélisation de la main-d'œuvre, mobilisation des employés, santé, sécurité et qualité de vie au travail des ressources humaines, soutien à la gestion de changement, soutien au développement d'une culture d'amélioration continue et développement des compétences des ressources humaines.

Faits saillants :

Attraction et fidélisation des ressources humaines

- L'année 2013-2014 a été une année très importante relativement à l'embauche et aux mouvements de la main-d'œuvre. Durant cette période, nous avons procédé à l'embauche de 196 employés provenant de l'externe, en plus de nos 263 postes affichés à l'interne. Vous trouverez, dans le tableau qui suit, la répartition de ces embauches externes par titre d'emploi.

Tableau d'embauches externes par titre d'emploi

Titre d'emploi	Nombre d'embauches
Cadres	13
Réadaptation et psychosocial	24
Services diagnostiques	4
Personnel de bureau	23
Services auxiliaires	18
Personnel para technique	50
Soins infirmiers et cardiorespiratoires	57
Techniciens et professionnels de la santé (autres)	7
TOTAL	196

- Participation à un programme de bourse pour le recrutement de certains professionnels.
- Accueil de plus de 220 stagiaires.
- Participation à différents salons de l'emploi.
- Réalisation d'un plan de main-d'œuvre sur trois ans afin d'obtenir des indicateurs fiables sur l'état actuel et futur de main-d'œuvre en vue de mettre en place les conditions nécessaires à la disponibilité de ressources humaines qualifiées.

Développement organisationnel

Les activités de développement des compétences totalisent encore cette année un investissement de plus de 10 000 heures, excluant les orientations en cours d'emploi. Le budget de développement des compétences aura servi à réaliser les différentes activités établies en lien avec une analyse des besoins des employés et gestionnaires.

- Réalisation du sondage sur la mobilisation du personnel du Conseil québécois d'Agrément avec une amélioration des résultats sur les six composantes par rapport au dernier sondage de 2010;
- Réalisation de démarches visant l'amélioration du climat de travail dans certains secteurs;

- Support dans plusieurs projets d'optimisation de l'organisation par l'équipe de projets en amélioration continue;
- Accompagnement en gestion de changement dans divers projets de l'organisation;
- Réalisation d'un projet d'organisation du travail visant la réduction du temps supplémentaire des préposés aux bénéficiaires en CHSLD.

Santé, sécurité et qualité de vie au travail

- Comme on peut le constater à la lecture des statistiques en assurance salaire, pour l'année 2013-2014, notre taux d'assurance salaire a subi une légère diminution par rapport à l'année précédente, tel que présenté dans le tableau qui suit :

Tableau 1

Période	Taux d'absence
2013-2014	6,64 %
2012-2013	6,83 %

- Un plan d'action a été élaboré afin de mettre en place une gestion intégrée de la présence au travail qui comprend les activités de prévention, de formation et de sensibilisation, un programme de retour au travail adapté à la suite d'un arrêt de travail ainsi qu'un programme d'aide aux employés (PAE).

Qualité de vie au travail

- Pour une 3e année consécutive, un Gala reconnaissance a donné l'occasion aux employés d'honorer leurs collègues pour leur contribution exceptionnelle au CSSSRDL dans les 5 catégories suivantes : Recrue de l'année, Employé de l'année, Gestionnaire de l'année, Médecin de l'année et Équipe de travail de l'année. Le dévoilement des gagnants s'est fait lors d'une soirée où plus de 240 employés, gestionnaires et médecins étaient présents;
- Un sondage sur les saines habitudes de vie effectué par le comité de qualité de vie au travail a été élaboré afin de bien cibler les actions prioritaires de l'organisation pour la prochaine année;
- Plusieurs activités physiques et sur les saines habitudes de vie ont eu lieu au cours de la période, dans les différentes installations de notre CSSS :
- Atelier sur le plaisir au travail;
- Séances de massage sur chaise;
- Activités thématiques dans le cadre de la semaine de la nutrition;
- Sessions de mise en forme (zumba, ballon suisse, step, etc.);
- Entente corporative avec le club Amiski (ski de fond et raquette).

5.6 Ressources financières, matérielles et informationnelles

Au cours de l'exercice 2013-2014, la direction des ressources financières, matérielles et informationnelles (DRFMI) a dû s'ajuster à plusieurs situations exceptionnelles.

Dans un premier temps, il est important de mentionner que la direction a été tenue par un directeur intérimaire durant une portion importante de l'année. Or, la planification annuelle ayant été préalablement établie, les gestionnaires de l'équipe ont pu travailler, en cours d'exercice, les différentes priorités de la direction.

Au cours de l'année, un évènement touchant les mesures d'urgence (la sécurité civile) est venu teinter la conduite de la direction. L'incendie de la Résidence du Havre de L'Isle-Verte a généré un surplus de travail important pour notre direction relativement, entre autre, au rétablissement de l'ensemble des services offerts à la population du secteur.

Les projets spéciaux majeurs ont également dicté un rythme de travail intense à l'ensemble de la direction. Le déploiement simultané des projets touchant la réfection de l'entrée électrique et du groupe électrogène ainsi que le projet de renforcement sismique et de réfection de l'enveloppe extérieure ont entraîné un lot de déplacements et de réaménagements. La coordination des diverses activités touchant pratiquement à tous les secteurs de la direction.

Malgré les bouleversements apportés par ces événements, la DRFMI a réussi à maintenir l'ensemble des activités liées au fonctionnement normal de l'organisation et a continué de travailler aux différents projets ciblés par la direction. Ces derniers servant tant à assurer la pérennité de l'organisation qu'à poursuivre la modernisation entreprise il y a quelques années.

Par ailleurs, l'amélioration continue et l'optimisation ont également incité la DRFMI à se doter de nouvelles façons de faire en vue d'améliorer la qualité, l'efficacité et l'efficience de notre CSSS.

Considérant ces éléments, nous sommes à même de constater que la dernière année a été extrêmement exigeante pour tous les acteurs de la DRFMI. Or, je tiens à souligner que sans la collaboration et l'expertise de l'ensemble de ses membres, la DRFMI n'aurait pu maintenir un si haut niveau d'activité.

Donc, c'est sous cette trame de fonds que je vous présente avec plaisir et fierté, un portrait des efforts fournis par la DRFMI au cours de l'exercice 2013-2014 en dressant la liste des réalisations dans chacun des secteurs.

Faits saillants :
Projets immobiliers /FEIM

- Finalisation des concepts et démarrage du projet de renforcement sismique et de réfection de l'enveloppe extérieure du bâtiment du CHRGP. Travaux exécutés selon un calendrier de 20 mois – fin prévue pour l'hiver 2015 (projet de près de 13 M$);
- Finalisation des concepts et démarrage du projet du groupe électrogène (entrée électrique et génératrices). Projet complété en juin 2014 (projet de près de 3 M$);
- CHSLD 72 lits : préparation du projet en prévision de la phase d'exécution;
- Transfert et réaménagement du CLSC de St-Cyprien à l'intérieur des bâtiments connexes au CHSLD;

- Réaménagement du secteur de l'InterAction afin de permettre d'emménager le secteur de l'unité de service ambulatoire pour la période touchée par les travaux liés au renforcement sismique;
- Déploiement, en collaboration avec l'Agence et les autres établissements du Bas-Saint-Laurent, du bureau régional de gestion de projets immobiliers;
- Transfert au Centre d'hébergement Saint-Joseph et amélioration du service de prêt de matériel;
- Aménagement d'un nouveau local pour le génie biomédical (GBM);
- Planification et préparation du projet de réaménagement du secteur alimentaire et du renouvellement des équipements;
- Établissement de la stratégie immobilière et élaboration d'un plan d'action à court et moyen termes;
- Renouvellement du bail pour les locaux du CLSC de Saint-Épiphane;
- Renouvellement de l'entente avec le Pavillon des Cèdres pour l'hébergement temporaire associé à une réduction substantielle des coûts;
- Mise en place de la clinique de la douleur;
- Planification du déploiement de la clinique de transition;
- Mise à jour du plan directeur immobilier du maintien des actifs (PDMA) en collaboration avec une firme externe;
- Analyse de différentes opportunités en matière d'économie d'énergie;
- Aménagement d'un local pour la visioconférence;
- Étude sur la possibilité de regrouper les services de 1re et 2e ligne avec l'accompagnement d'un consultant externe;
- Recherche de solutions pour éviter un autre refoulement d'égouts;
- Étude sur l'état de situation de la stérilisation;
- Continuité des démarches entreprises afin de résoudre la problématique au niveau de l'IRM;
- Analyse des besoins pour le remplacement des comptoirs au laboratoire;
- Remplacement de 21 fenêtres au Centre d'hébergement de Saint-Antonin;
- Transfert des bureaux des gestionnaires du Centre d'hébergement Saint-Joseph, au rez-de-chaussée de l'édifice;
- Réaménagement du poste d'accueil à l'entrée principale du CHRGP;
- Estimation et évaluation de la faisabilité des travaux au 5e Est du Centre d'hébergement Saint-Joseph pour la clientèle présentant des troubles graves de comportement;
- Réaménagement de l'accueil du secteur de la radiologie;
- Remise à neuf du système de climatisation des blocs A et B du CHRGP;
- Implantation d'un registre sur la gestion préventive de l'amiante;
- Implantation d'un registre pour la tour d'eau;
- Mise aux normes des robinets thermostatiques;
- Réfection du secteur de l'hôtellerie Marc-Bélanger.

Secteur comptabilité et finances

- Maintien et suivi des différents projets liés à optimisation;
- Révision des tâches de la responsable du fonds d'immobilisations à la suite du départ à la retraite de celle-ci;
- Participation au projet de régionalisation de la paie (implantation en novembre 2015);
- Déploiement du projet pilote – compte de dépenses WEB;
- Mise à jour de la description des contrôles internes au niveau des comptes à recevoir;
- Renouvellement de toutes les ententes avec les ressources intermédiaires et les ressources de types familiales et versement des rétroactivités.

Archives et Infocentre
- Poursuite de la démarche de standardisation des différents formulaires cliniques;
- Élaboration d'un projet de numérisation de concert avec le régional;
- Implantation d'un registre québécois du cancer – phase 2;
- Implication soutenue au projet régional du DCIR.

GBM / prêt d'équipement
- Poursuite de l'implantation des pratiques d'entretien préventif;
- Intégration dans les nouveaux locaux;
- Attacher le remplacement des équipements de mammographie (SARA et interne);
- Obtention d'un budget supplémentaire pour l'acquisition d'un tomodensitomètre et d'un mammographe mobile;
- Finalisation du guide des bonnes pratiques et de la qualité des processus dans le cadre d'amélioration continue (collaboration GBM Montérégie);
- Remplacement d'équipements médicaux pour un montant de plus de 2 M$, dont :
- Échographie cardiaque;
- Mammographe numérique (CHRGP);
- Fluoroscopie mobile;
- Stérilisateur au plasma;
- Monitoring WiFi;
- Échographe 3D en obstétrique;
- ECG mobile;
- Télémétrie WiFi.

Technologies de l'information
- Consolidation du système de téléphonie du CSSS;
- Rehaussement réseau – phase 2 (commutateurs secondaires);
- Sécurité informationnelle - Analyse de risque dans les secteurs de la pharmacie et du laboratoire;
- Implantation d'un moteur de recherche dans l'Intranet;
- Finalisation du projet d'anticoagulothérapie;
- Implication dans l'élaboration de l'appel d'offre du dossier dictée numérique;
- Implantation du projet pilote WiFi;
- Élaboration de solutions pour l'implantation de l'accès de MédiClinic régional;
- Planification et déploiement de la phase 1 du projet Dossier Santé Québec (DSQ);
- Évaluation de la technologie sans fil Ubiquiti Unifi - Projet pilote régional;
- Fournir accès KRTB aux médecins.

Service alimentaire
- Amélioration des menus offerts et de l'offre alimentaire. Dans le cadre du processus d'amélioration continue de l'alimentation en CHSLD;
- Élaboration d'un outil de communication dédié au CHSLD;
- Implication dans l'équipe de travail du MSSS au niveau des services alimentaires du Bas-Saint-Laurent;
- Planification du réaménagement des aires de production et renouvellement des équipements du service alimentaire du CHRGP;
- Réorganisation dans la structure de l'offre et de la distribution des suppléments alimentaires;
- Promotion de saines habitudes alimentaires dans le cadre du mois de la nutrition.

Sécurité civile et mesures d'urgence

- Formation des intervenants au niveau de la valise de garde;
- Formation en sécurité incendie;
- Déploiement d'activités de prévention;
- Réactualisation du plan de formation en matière de sécurité incendie;
- Réalisation d'un guide dédié aux agents de sécurité présentant les protocoles d'intervention reliés aux codes rouge, code vert et techniques d'évacuation avec civière et draps;
- Formation sur le code blanc dispensé à tout nouvel agent de sécurité et mise à jour trimestrielle pour les agents déjà en service;
- Amélioration des télécommunications internes en cas d'alerte au CHSLD Saint-Joseph (téléphone sans-fil dédié au poste de garde);
- Préparation d'activités de sensibilisation et de prévention dans le cadre de la Semaine de la prévention des incendies;
- Mandat confié à un professionnel pour le déploiement d'une structure en sécurité civile ainsi que la conception et réalisation d'un plan local en sécurité civile.

Hygiène et salubrité

- Implantation d'un logiciel de gestion en hygiène et salubrité;
- Révision des processus en hygiène et salubrité (démarche entreprise au printemps 2013);
- Poursuite du déploiement d'un programme d'audit de qualité, suivi des plans d'action pour l'ensemble du CSSS;
- Analyse des ressources requises en hygiène et salubrité pour intégrer l'ensemble du devis de service.

Développement durable

- Stratégie québécoise d'économie d'eau potable : élaboration d'un plan d'action versus la « SQEEP » en rapport avec les orientations du ministère;
- Comité Environnement : tenue de quatre rencontres;
- Participation à divers événements de sensibilisation dans la communauté touchant la protection de l'environnement et le développement durable.

Buanderie

- Révision des tâches à la buanderie et optimisation des services.

5.7 Communication

Communications internes

- Publication de cinq éditions du journal interne la Rumeur officielle;
- Publication d'une Rumeur express, édition spéciale de la Rumeur officielle, portant sur les travaux de renforcement sismique;
- Édition de huit numéros de l'OMNI-PAROLES, le bulletin des omnipraticiens de la MRC de Rivière-du-Loup;
- Rédaction de plans d'action de communication développés dans le cadre de différents projets, dont :
  – un plan de communication (2 ans) pour le projet de renforcement sismique et de réfection de l'enveloppement extérieure du CHRGP;

– un plan de communication triennal pour le Centre de réadaptation en dépendance du Bas-Saint-Laurent, l'Estran;
– un plan d'action pour la relocalisation du CLSC Saint-Cyprien;
– plan d'action pour la relocalisation du local du prêt de matériel.

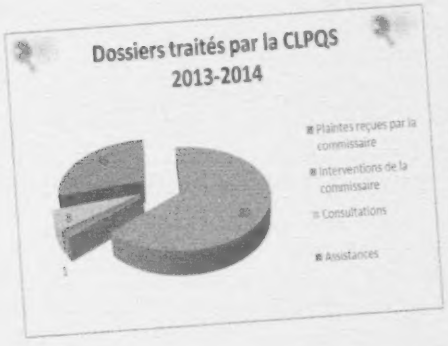
• Organisation logistique des soirées d'information publique (St-Cyprien-13 novembre 2013, Saint-Épiphane-19 mars 2013, L'Isle-Verte- 3 décembre 2013 et Rivière-du-Loup- 4 décembre 2013);
• Logistique de l'assemblée d'information publique du CSSS RDL (6 novembre 2013).
• Participation aux comités de communication de l'ASSS BSL et de l'ACRDQ.

Communications externes
• Tenue d'une revue de presse quotidienne (près de 350 mentions du CSSS en 2013-2014).
• Organisation d'une conférence de presse
– Visite du chantier de renforcement sismique.
• Diffusion de 20 communiqués de presse sur différents sujets allant de la restriction des visites dans les CHSLD à l'information pour la population portant sur la tragédie de L'Isle-Verte.
• Enregistrement de 15 entrevues médiatiques.
• Réception de 30 demandes d'information ou d'entrevues de la part des médias.

6. Rapport d'activité de la commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services

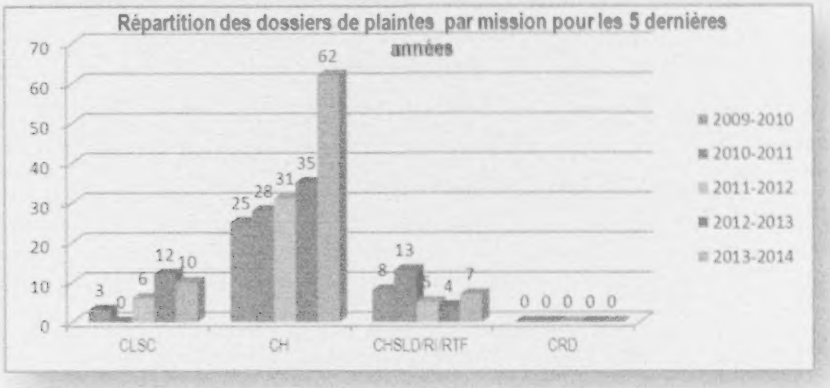
Cette période financière a été marquée par la nomination d'une nouvelle commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services qui est entrée en fonction à la mi-mai 2013. Une nouvelle personne apporte une nouvelle vision et un autre regard sur la réception, l'enregistrement et le traitement des plaintes. Il est à noter que la commissaire aux plaintes est présente au CSSS trois jours par semaine.

La commissaire se doit d'occuper une fonction exclusive au sein de l'établissement et elle relève directement du conseil d'administration. Son rôle est, notamment, d'assurer le respect des droits des usagers et de veiller à l'amélioration de la qualité des services, en faisant, entre autres, la promotion de sa fonction, des droits des usagers et du régime d'examen des plaintes. La commissaire possède les compétences pour traiter les plaintes qui émanent des soins et services donnés par le CSSSRDL au Centre hospitalier régional du Grand-Portage, en CHSLD (Centre d'hébergement Saint-Joseph, Centre d'hébergement de Saint-Cyprien et Centre d'hébergement de Saint-Antonin), en CLSC (points de service de Rivière-du-Loup, L'Isle-Verte, Saint-Épiphane, Saint-Cyprien et Notre-Dame-des-Sept-Douleurs) ou à domicile, en hébergement en ressources intermédiaires (12 résidences sur le territoire) ou en ressource de type familial (75 places sur le territoire) ainsi qu'au Centre de réadaptation en dépendance du Bas-Saint-Laurent, l'Estran. Elle a aussi pour mandat de faire la promotion de son rôle, prêter assistance, à ceux qui lui demandent, et intervention, si elle le juge nécessaire.



Au début de l'exercice 2013-2014, neuf plaintes provenaient de l'année précédente. Au cours de l'année, la commissaire a reçu 72 nouvelles plaintes et a complété le traitement de 80 dossiers (107 objets) dont un sera traité au cours de l'exercice 2014-2015. Pour la période financière de 2012-2013, 52 dossiers avaient été conclus, soit une augmentation 28 dossiers. En cours d'année, trois dossiers ont fait l'objet d'une demande de révision auprès du Protecteur du citoyen. Dans le cadre de son mandat, la commissaire aux plaintes a traité une situation par son pouvoir d'intervention et elle a également traité 35 dossiers d'assistance et reçu huit demandes de consultation.

La provenance des dossiers est répartie entre les missions du CSSSRDL de la façon suivante :



Cette année, 107 objets de plaintes ont été répertoriés parmi les plaintes et les interventions conclues pendant l'exercice, en lien avec les catégories suivantes :

- accessibilité;
- droits particuliers;
- aspect financier;
- relations interpersonnelles;
- organisation du milieu et des ressources matérielles;
- soins et services dispensés.

On constate que l'augmentation des plaintes touche principalement l'accessibilité (dix plaintes en 2012-2013 et 37 en 2013-2014) aux services et concerne principalement la centrale de prélèvement en lien avec la nouvelle organisation. Une recommandation a d'ailleurs été formulée suggérant d'installer un banc amovible afin que les gens puissent s'assoir durant la période d'attente avant l'inscription. L'autre objet qui génère des insatisfactions est l'attente à l'urgence avant d'être vu par un médecin. Le reste des motifs demeure stable et semblable aux années précédentes.

Des conclusions sont émises, pour chaque plainte traitée et sont dégagées de chaque intervention menée. Plusieurs d'entre elles visent à donner des explications ou des informations concernant les situations rapportées. Par exemple, cela permet au plaignant de mieux comprendre les critères d'éligibilité aux services offerts ou le mode d'organisation et la façon dont sont dispensés les services. Par contre, lorsque des correctifs ou des améliorations découlant du traitement d'une plainte ou d'une intervention sont nécessaires, des mesures correctives visant l'amélioration de la qualité des services sont alors identifiées.

Cette année, pour 107 objets de plainte, 32 ont entraîné une recommandation de la commissaire, soit 30 % d'entre eux. Quant à la nature de ces recommandations, elles sont à portée individuelle dans 17 cas, contre 15 objets ayant une portée systémique. Il est donc important de souligner que la plainte qui a généré une mesure corrective permet d'apporter des correctifs qui augmenteront la qualité des soins et services offerts à l'ensemble des usagers. Les 32 recommandations ont touché les aspects suivants :

- Des mesures à portée individuelle ont permis l'amélioration des communications (1), l'encadrement de l'intervenant (1), la formation du personnel (1), la réduction des délais (1), l'ajustement technique et matériel (1), l'amélioration des mesures de sécurité et de protection (1) des ajustements financières (8), l'information, sensibilisation d'intervenant (3).
- Les mesures à portée systémique ont permis de faire l'ajustement des activités professionnelles (1), l'amélioration des communications (2), l'information et sensibilisation des intervenants (1), la réduction des délais (1), l'ajustement technique et matériel (4), l'adaptation de politique et règlement (1), l'amélioration d'un protocole clinique (2), la communication et la promotion (1), autre mesures (1).

En ce qui a trait au délai de traitement des dossiers, celui-ci est variable. Il est affecté par la présence de dossiers complexes. Cette année, 86 % des dossiers de plaintes ont été examinés par la commissaire à l'intérieur du délai maximum des 45 jours prévu par la loi, et 58 % ont été traités en moins de 15 jours. Par contre, cette situation est difficilement prévisible puisqu'elle est tributaire de l'ampleur du dossier et du nombre d'intervenants impliqués.

Dans le cadre de ses autres fonctions, la commissaire a participé aux activités suivantes :

– deux séances du conseil d'administration;
– six rencontres du comité de vigilance;

– deux rencontres de la Table régionale des commissaires du Bas-Saint-Laurent;
– Plusieurs rencontres avec des groupes d'employés du CSSS de Rivière-du-Loup pour la promotion du rôle et de la procédure des plaintes;
– Promotion des valeurs (affiche sur le respect);
– Une rencontre avec le Comité des usagers;
– Participation à une formation « le traitement d'une plainte d'un membre du CMDP », organisée par l'Association des conseils des médecins, dentistes et pharmaciens (28 mars 2014).

Puisque la commissaire n'œuvre pas en vase clos, le délai de traitement des plaintes est aussi influencé par la disponibilité des gestionnaires et des employés qui doivent être rencontrés dans le cadre de l'examen de la plainte. Nous tenons d'ailleurs à remercier les directeurs, les chefs de service ainsi que tous les employés qui ont collaboré et contribué à la compréhension de la plainte, à l'analyse et à la recherche de solutions pour ainsi améliorer la qualité de nos services.

Stéphanie Bush
Commissaire aux plaintes et à la qualité des services

7. Conseils et comités de l'établissement

7.1 Conseil d'administration

Les membres du conseil d'administration du CSSS de Rivière-du-Loup ont débuté leur mandat le 1er février 2012.

Le conseil d'administration se compose des personnes suivantes :
- Mme Doris Laliberté-Kirouac, présidente
- Mme Geneviève Pigeon, vice-présidente
- M. Daniel Lévesque, secrétaire
- M. Benoit Blanchet
- Mme Marie-Claude Daris
- Mme Christine Desrosiers
- M. Maurice Dumas
- Dr Normand Gervais
- M. Germain Dupuis
- Mme Nicole Landry
- M. Jacques Lapierre
- M. André Morin
- M. Claude Morin
- Mme Nadine Pelland
- M. Gaston Pelletier
- M. Jean-Louis Lévesque
- M. Yves Courbron
- Mme Christiane Thibault

Au cours de l'année 2013-2014, M. Michel Jones, Mme Françoise Gagnon et Mme Sylvie Pelletier ont quitté leur fonction d'administrateur. Leur collaboration a été importante et nous souhaitons les remercier de leur implication. Tel que prévu à la LSSS, les postes des collèges électoraux vacants ont été remplacés après le départ des administrateurs qui les occupaient. Les nouveaux administrateurs sont : M. Germain Dupuis, M. Jean-Louis Lévesque et Mme Christiane Thibault.

Les membres du conseil d'administration du CSSSRDL 2012-2016

Absents sur la photo :
Mme Geneviève Pigeon, M. Jean-Louis Lévesque, Mme Marie-Claude Daris, Mme Nadine Pelland.

7.2 Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens

Nom et titre des membres du comité exécutif

- Alain Dionne, pharmacien-chef et président du CMDP
- Dr Jean-Pierre Arsenault, vice-président
- Dr Jean-François de la Sablonnière, secrétaire-trésorier
- Marc Beaudoin, pharmacien et administrateur
- Dre Christine Boudreau, administratrice et représentante des soins de longue durée
- Dre Isabelle Lang, administratrice et représentante du CLSC
- Docteur Éric Czech, administrateur
- Ainsi que M. Daniel Lévesque, directeur général, Dr Louis Lapointe, DSP et Mme Nathalie D'amours, adjointe au DSP

Mandat général du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP)

L'exécutif du CMDP doit contrôler et apprécier la qualité et la pertinence des actes médicaux, dentaires et pharmaceutiques posés dans le CSSS de Rivière-du-Loup. Il doit aussi évaluer et maintenir la compétence des médecins, dentistes et pharmaciens qui exercent dans le centre. Il doit aussi faire des recommandations sur les qualifications et la compétence d'un médecin ou d'un dentiste qui adresse une demande de nomination ou de renouvellement de nomination ainsi que sur les privilèges et le statut à lui accorder ainsi que pour un pharmacien. Il doit donner son avis sur les mesures disciplinaires que le conseil d'administration devrait imposer à un médecin, un dentiste ou un pharmacien.

L'exécutif doit faire des recommandations sur les règles de soins médicaux et dentaires et les règles d'utilisation des médicaments applicables dans le centre et élaborées par chaque chef de département clinique. Il a le devoir de faire des recommandations sur les obligations qui peuvent être rattachées à la jouissance des privilèges accordés à un médecin ou à un dentiste par le conseil d'administration eu égard aux exigences propres du centre notamment ayant pour objet :

1. La participation d'un médecin ou d'un dentiste aux activités du centre, y compris la garde;
2. La participation d'un médecin ou d'un dentiste à des activités d'enseignement et de recherche, le cas échéant;
3. La participation d'un médecin ou d'un dentiste à des comités professionnels, scientifiques, médicaux ou administratifs.

L'exécutif doit élaborer les modalités d'un système de garde assurant en permanence la disponibilité de médecins, dentistes et le cas échéant, de pharmaciens et de biochimistes cliniques, pour les besoins du centre. Il doit donner son avis sur les questions suivantes :

1. l'organisation technique et scientifique du CSSS;
2. les règles d'utilisation des ressources.

Il doit faire des recommandations sur les aspects professionnels de la distribution appropriée des soins médicaux et dentaires et des services pharmaceutiques ainsi que sur l'organisation médicale du centre.

Mandats ou objectifs spécifiques au cours de l'année financière

Surveiller la situation en pathologie et trouver une solution permanente afin d'assurer une qualité de service adéquate pour les patients. De plus, s'assurer que le recrutement en pharmacie puisse s'exercer en ayant le nombre de ressources nécessaires à assurer des soins pharmaceutiques à l'ensemble de la clientèle hospitalisée incluant celle de longue durée qui ne voit aucun pharmacien faire des études de dossiers ni participer aux équipes interdisciplinaires depuis plus de cinq ans. S'assurer que la tournée hospitalière fonctionne bien en gardant à vue qu'elle a un impact direct sur le nombre de civières utilisées à l'urgence. Sensibiliser les spécialités médicales à cette problématique et solliciter celles qui peuvent admettre les patients à leur nom. Veiller à ce que chaque département et service puisse effectuer de une à deux études d'évaluation de l'acte à l'intérieur même de leur département ou service et faire parvenir les résultats et conduite à suivre à la présidente du comité d'évaluation de l'acte médical, dentaire et pharmaceutique. S'assurer que les dossiers soient complétés dans les délais requis. De veiller à ce que le comité de pharmacologie et de thérapeutique puisse faire au moins deux revues d'utilisation médicamenteuse au cours de la prochaine année. Finalement, s'assurer du maintien de la compétence de nos membres.

Bilan des activités

Nombre de réunions du comité exécutif du CMDP et taux de participation des membres :
Nombre : 10
Taux de participation : 95 %

Autre comités obligatoires ou connexes du CMDP.

1. Comité d'examen des titres : trois rencontres avec taux de participation de 100 %
2. Comité d'évaluation de l'acte médical, dentaire et pharmaceutique : sept rencontres avec un taux de participation de 80 %.
3. Comité de pharmacologie : huit rencontres avec un taux de participation supérieur à 80%.
4. Comité d'enseignement : neuf rencontres avec un taux de participation de 80 %.

Le comité d'évaluation de l'acte médical, dentaire et pharmaceutique se réunit régulièrement et élabore plusieurs études pour s'assurer de la qualité de la pratique et informe l'exécutif du CMDP des résultats de ces études. De plus, il informe l'exécutif des mesures à prendre pour améliorer la qualité de la pratique médicale, dentaire et pharmaceutique. L'exécutif a l'obligation de faire le suivi avec les membres du CMDP s'il y a lieu. Ce suivi peut prendre différentes formes selon le niveau d'action nécessaire à la suite de la prise de connaissance des résultats par les membres de l'exécutif et aussi, par la recommandation directe du comité d'évaluation de l'acte.

Chaque membre du CMDP doit faire un nombre minimum de crédits de formation continue, tel que demandé par chaque ordre professionnel. D'ailleurs, l'Ordre des pharmaciens du Québec a débuté un programme d'auto-évaluation pour chaque membre et aussi, une évaluation personnelle par une pharmacienne de l'OPQ qui se déplace sur le site où travaille le pharmacien et le suit pendant une journée afin d'évaluer sa prise en charge des patients. Le pharmacien doit faire la preuve de sa compétence par les actions qu'il commet durant cette journée d'évaluation. Pour les autres membres, une évaluation de leur dossier est faite lors du renouvellement de leurs privilèges aux 3 ans par le comité des titres et les chefs de département clinique respectif. Prendre note que pour les pharmaciens, un statut est attribué et non des privilèges. Le Collège des médecins nous a fait la remarque lors de la visite d'inspection de novembre 2013.

a. Membres actifs : neuf médecins
b. Membres associés : huit médecins
c. Membres conseils : deux médecins
d. Modifications de privilèges : cinq chirurgiens

- mesures disciplinaires : un cas sera évalué à la suite de l'étude du comité de discipline par l'exécutif du CMDP.
- organisation technique, scientifique et médicale ainsi que la distribution appropriée des services médicaux, dentaires et pharmaceutiques : établissement de la table territoriale en première ligne et sensibilisation de la deuxième ligne sur les impacts et leur participation à la trajectoire du patient en tenant compte du manque d'omnipraticien sur notre territoire.

Résultats obtenus eu égard aux mandats ou objectifs spécifiques fixés pour l'année financière

Il y a eu une situation critique à la tournée hospitalière lors du congé des fêtes de 2013. L'exécutif, le DSP ainsi que la DSP adjointe ont rencontré d'urgence les médecins à la tournée ainsi que le chef de médecine spécialisée. La situation s'est régularisée après coup mais demeure fragile dans les périodes critiques. C'est pour cette raison que certaines spécialités médicales seront rencontrées afin de clarifier leur apport à maintenir le bateau à flot lors des tempêtes futures…Présentement, tout va bien, mais il faut tenir compte de la baisse de l'achalandage à l'intérieur du CSSS.

Perspectives d'action pour la prochaine année financière

En ce qui regarde nos objectifs pour l'année prochaine, nul doute que régulariser la situation en pathologie apparaît en haut de la liste. En effet, il y a possibilité de parrainage pour un permis restrictif en pathologie. Il ne reste qu'à régler les modalités pour déterminer le lieu et les dates de stage de trois mois obligatoire. Si tout va bien, nous devrions le recevoir au début de l'année 2015. Toutefois, il faut surveiller de très près l'évolution du travail en pathologie car la situation demeure malgré tout préoccupante.

Nous allons suivre de près aussi le recrutement en pharmacie pour le 8e poste qui est maintenant accordé. Malgré ce 8e poste, les soins pharmaceutiques de base ne seront pas offerts en totalité pour la longue durée. Il va de soi qu'on s'assure que les activités au niveau des comités obligatoires du CMDP se poursuivent avec la même rigueur que nous avons.

En ce qui touche les activités de l'exécutif proprement dit, il devra y avoir révision de nos règlements de régie interne. Il en va de même avec quelques départements cliniques qui devront réviser leurs règlements de département. Nous regarderons les dates des dernières nominations de chef de département clinique et nous verrons à vérifier que les dernières nominations du conseil d'administration respectent la LSSS.

Une rencontre avec quelques spécialités en lien avec la tournée hospitalière est un élément qu'on espère réaliser au début de l'automne. Même si la situation va relativement bien, il y a toujours place à l'amélioration et l'exécutif est sensibilisé faire participer tous les acteurs qui touchent de près ou de loin à la tournée.

Finalement, l'exécutif verra à s'occuper un peu plus de la qualité de l'acte médical, dentaire et pharmaceutique dans notre CSSS. Nous devrons s'efforcer à nous impliquer un peu plus pour cet aspect tel que suggéré par le Collège des Médecins du Québec. Aussi, lorsqu'il y aura de nouvelles demandes de nominations au CMDP ou encore lors des renouvellements des statuts et privilèges, l'exécutif devra valider plus en profondeur les dossiers qui lui seront présentés. Le Collège des Médecins du Québec suggère même de faire une réunion spéciale pour cette évaluation.

Sûrement qu'il se pointera des situations ponctuelles pour lesquelles l'exécutif s'assurera de surveiller le maintien de la qualité des soins et il s'acquittera de cette tâche le mieux possible par respect des patient qui nous donne leur confiance jour après jour.

Alain Dionne
Président du CMDP

7.3 Conseil multidisciplinaire

Nom et titre des membres du comité exécutif

- Isabelle Goudreau, orthophoniste, présidente
- Josée Levasseur, ergothérapeute, vice-présidente
- Marie-Claude Levesque, travailleuse sociale, secrétaire
- Natacha Rioux, psychologue, officière
- Maude Roy-Chabot, organisatrice communautaire; officière
- Claude Morin, représentant du conseil multidisciplinaire (CM) au conseil d'administration (CA)
- Nadine Rouleau, représentante de la direction

Mandat général du conseil multidisciplinaire (CM)

« Procurer un véhicule d'expression aux préoccupations professionnelles de groupes définis de dispensateurs de services et dont l'apport d'expertise et le vécu clinique peuvent contribuer à améliorer la qualité, l'organisation et la dispensation des soins et services ». (Affaires juridiques, Les différents conseils professionnels d'une instance locale, août 2004).

La loi (LSSSS) décrit le rôle du conseil multidisciplinaire (CM) à deux niveaux :

Auprès du conseil d'administration

- Il constitue les comités de pairs nécessaires à l'appréciation et à l'amélioration de la pratique professionnelle de ses membres;
- Il fait des recommandations sur la distribution des soins et services dispensés par ses membres, eu égard aux conditions locales d'exercices requises pour assurer des services de qualité;
- Il assume toute autre fonction que lui confie le conseil d'administration.

Auprès du directeur général

- Il conseille sur l'organisation technique et scientifique;
- Il propose les moyens à prendre pour évaluer et maintenir la compétence de ses membres;
- Toute autre question que le directeur général porte à son attention.

Mandats ou objectifs spécifiques au cours de l'année financière

Mandats reçus de la direction

- Consulter sur la planification stratégique;
- Déposer un avis concernant la structure organisationnelle et le besoin de soutien des professionnels du CM au sein de la direction;
- Déposer un avis concernant le fonctionnement du CM.

Mandats reçus du conseil d'administration

- Réaliser un sondage sur le fonctionnement du CECM et rencontrer le comité de gouvernance et d'éthique.

Autres mandats/objectifs

- Constituer un comité de pairs en ergothérapie qui devra se pencher sur la pratique en ergothérapie en soins aigus;
- Participer à une conférence téléphonique organisée par la commission multidisciplinaire régionale regroupant les présidents des CM de tous les établissements du Bas-Saint-Laurent;
- Faire le suivi des dossiers ayant des impacts au niveau des pratiques professionnelles (projet sismique, clinique de la douleur, chirurgie bariatrique, optimisation du soutien à domicile);
- Améliorer la participation des membres aux assemblées générales annuelles (AGA) et autres rencontres spéciales;
- Relancer les midis-conférences.

Bilan des activités

Nombre de réunions du comité exécutif du CM et taux de participation des membres
Nombre : 5
Taux de participation : 90 %

Nombre de réunions des comités suivants et taux de participation des membres

- *Comité des pairs suivants*

  Nom du comité de pairs : Pratique en ergothérapie en soins aigus
  Nombre : 3
  Taux de participation : 100 %

- *Nombre de réunions des autres comités suivants et taux de participation des membres, le cas échéant*

  Nom du comité : Comité de travail du CECM
  Nombre : 2
  Taux de participation : 100 %

Principaux avis et recommandations des comités de pairs

Le comité de pairs en ergothérapie n'a pas terminé ses travaux, les recommandations seront disponibles dans les prochains mois.

Recommandations émises au cours de l'année financière par le CM sur la distribution appropriée des soins et des services dispensés par les membres

Aucun

Avis émis au cours de l'année financière par le CM, au directeur général, s'il y a lieu, concernant :

- L'organisation scientifique et technique

  Aucun*

- L'évaluation et le maintien de la compétence de ses membres

  Aucun*

- Autres points

Avis sur la structure administrative supportant les professionnels du CM au sein de la direction de l'établissement.

* Aucun avis écrit officiel n'a été émis. Toutefois, il est à noter que des discussions et des échanges ont lieu lors des rencontres du comité entre le CECM et la direction et que nous donnons régulièrement des opinions, des avis ou suggestions et soulevons également des problématiques lors de ces discussions.

Indicateurs de suivi utilisés

Suivi aux procès-verbaux lors des rencontres

Résultats obtenus eu égard aux objectifs fixés pour l'année financière

Les avis et recommandations demandés ont été déposés ou sont en voie de l'être. Le CECM a été dynamique dans les dossiers dans lesquels il s'est impliqué. Toutefois, la visibilité et la mobilisation des membres demeurent à améliorer.

Perspectives d'action pour la prochaine année financière

- Répondre rapidement aux demandes d'avis et de recommandations de la direction et du conseil d'administration;
- Mettre en place le réseau de représentants professionnel;
- Développer le partenariat avec les ressources humaines pour mettre en place un accueil personnalisé des nouveaux membres et tenir à jour la liste des membres;
- Mettre sur pied au moins un comité de pairs;
- Faire le suivi nécessaire au comité de pairs en physiothérapie (94-m);

- Déposer l'avis sur le fonctionnement du CECM et faire le suivi des recommandations;
- Sondage aux membres (informations et mobilisation).

Recommandations générales s'il y a lieu

- Augmenter le nombre de rencontres, créer davantage de sous-comités ou obtenir des heures de libérations afin d'avoir le temps nécessaire à l'avancement de tous les dossiers et favoriser l'implication.
- Poursuivre au niveau de la présence de membres au congrès de l'ACMQ, car des outils très intéressants y sont présentés chaque année.

Conclusion

En terminant, je tiens à remercier tous les membres de l'exécutif pour leur dynamisme, leur dévouement et leur implication au sein du comité.

Également, un merci particulier à madame Lucie Tardif sans qui le travail du comité exécutif ne serait pas possible.

Isabelle Goudreau
Présidente du conseil multidisciplinaire

7.4 Conseil des infirmières et infirmiers (CII)

Noms et titres des membres du comité exécutif

- Suzanne Beaulieu, présidente
- Sébastien Laprise, vice-président et trésorier
- Cathy Gauthier, secrétaire
- Annie Langevin, officier
- Lise Côté, officier
- Anastasia Luckenuick, officier
- Luc Lapointe, président du CIIA
- Sharron Tanguay, vice-présidente du CIIA
- Brigitte Lavoie, direction des soins infirmiers et de la qualité du CSSS RDL
- Daniel Lévsque, directeur général du CSSS RDL
- Jovette Charest, membre observateur (CÉGEP RDL)

Mandat du comité

- Apprécier la qualité de l'acte infirmier posé dans notre CSSS.
- Faire des recommandations sur des règles d'utilisation des médicaments.
- Faire des recommandations sur la distribution de soins dispensés au CSSS.
- Assumer toute autre fonction que lui confie le conseil d'administration.

Mandat ou objectifs spécifiques au cours de l'année financière

- Promotion du CII au CSSS RDL.
- Formation d'un comité relève.
- Suivi d'indicateurs de qualité.
- Formations.
- Communication à développer.
- Dépliant pour la relève.
- Collaboration étroite avec la directrice des soins infirmiers.
- Participation au comité gestion des risques.
- Suivi du processus d'Agrément.

Bilan des activités

- Cinq rencontres du comité exécutif du CII, pour un taux de participation des membres de 100 %.
- Deux rencontres ad-hoc du comité exécutif du CII : préparation de la semaine des infirmières et infirmiers.
- Deux rencontres du comité exécutif du comité des infirmières et infirmiers auxiliaires, pour un taux de participation de 100 %.
- Trois rencontres du CAQSI, pour un taux de participation de 100 %.

Rapports du comité des infirmières et infirmiers auxilières et des autres comités du CII

CIIA

- Deux réunions ont été tenues.
- Un sondage concernant l'évaluation des besoins des membres a été effectué auprès des infirmières auxiliaires et infirmiers auxiliaires. Un taux de réponse de 60 personnes.

Comité de formation et communication

- Une réunion a eu lieu, avec révision du plan d'action.

Comité relève

- Ce comité a été créé en novembre 2013. Mme Marie-Pier Paradis et Mme Josiane Tardif sont nos deux infirmières relèves qui composent ce comité.
- Deux rencontres ont été tenues pour élabore la structure.
- Ce comité s'est réuni avec l'exécutif du CII pour l'organisation de la semaine des infirmières et infirmiers à deux reprises.

Activités d'appréciation de la qualité des actes infirmiers

CAQSI

- Trois rencontres ont eu lieu. Plusieurs dossiers ont été traités, dont la présentation de différents programmes, tels que la prévention des infections.
- Le comité s'est doté d'un plan de travail qui comprenait les priorités suivantes :

– Partager les idées, les interventions et les expériences de chacun des membres;
– Développer des pratiques de soins de qualité;
– Supporter les infirmières dans leur démarche d'amélioration de la qualité des soins;

– Diffuser à l'ensemble des centres d'activités du CSSS les activités d'amélioration et de maintien de la qualité du personnel soignant;
– Choisir, apporter, questionner et analyser toute situation qui a un impact dans la pratique infirmière.

Avis ou recommandations émis au cours de l'année financière par le CII, concernant les ordonnances collectives et les protocoles

Quelques ordonnances collectives ont été présentées au cours de la dernière année tel qu'Initier un traitement de pommade pour lésion au mamelon et/ou aréole chez la femme qui allaite et inscrite au CSSS de Rivière-du-loup. Initier un traitement à la dompéridone pour la production de lait maternel. Plusieurs ordonnances collectives de l'INESS sont à l'étape d'adoption dans les GMF. La trajectoire mis en place nous permet d'être consulté.

Avis ou recommandations émis au cours de l'année financière par le CII, concernant les règles de soins infirmiers applicables aux membres

Présentation de la règle de soins : la coloscopie en duo.

Avis ou recommandations émis au cours de l'année financière par le CII, concernant la distribution appropriée des soins dispensés par les membres

- Suivi du dossier fardeau tâche au Centre d'hébergement Saint-Joseph : présentation du plan d'action par la DSI.
- Présentation du projet de réorganisation du travail au département de 5e médecine par Mme Édith Lévesque, chef de service.

Avis émis par le CII au cours de l'année financière au directeur général, concernant l'évaluation et le maintien de la compétence des infirmières et des infirmiers

- Déploiement de formation en ligne, évaluation des besoins.
- Demande d'installation d'ordinateur dans les salles de pauses ou salle de rapport sur les unités (favoriser l'utilisation intranet).

Indicateurs de suivi utilisés

- Suivi des indicateurs tels que les chutes, les erreurs de médicaments, les infections nosocomiales et les contentions.
- Suivi audits sur l'administration des médicaments.

Résultats obtenus eu égard aux objectifs fixés pour l'année financière 2013-2014

- Distribution d'un dépliant promotionnel pour les infirmières et infirmiers nouvellement embauchés.
- Dîner du savoir : trois présentations ont eu lieu.
- Parution d'articles dans la Rumeur officielle (journal interne) : activités de formation lors de la Semaine des infirmières.
- Création du comité relève.
- Participation financière des membres volontaires pour favoriser formation accréditée dans notre CSSS.
- Distribution de la vidéo sur la formation imagerie médicale donnée par Dre Annie Ouellet.

Perspectives d'action pour la prochaine année financière 2014-2015

- Participation au comité de la gestion des risques.
- Les ordonnances collectives.
- Les règles de soins.
- Continuer la promotion du CII dans le CSSS.
- Consolider e développer le comité relève.

- Développer formation accréditée pour le personnel.
- Le suivi du plan PMO avec la direction des ressources humaines.
- La participation à la révision de la philosophie de soins.
- Développer un comité ad-hoc sur la gestion des risques : erreurs de médicaments, évaluation et plan d'action.
- Suivi post-agrément.
- Participer à toute demande de la direction générale.

Recommandations générales

- Demande d'installation de poste d'ordinateur dans les salles de pauses et salles de rapport sur les unités de soins.
- Demande d'un lotus pour les membres de l'exécutif du conseil des infirmières et infirmiers et pour les infirmières auxiliaires et infirmiers auxiliaires.
- Nous désirons continuer notre collaboration avec la direction des soins infirmiers.
  Cette collaboration est exemplaire. Aussi, la participation du directeur général a été très appréciée.

Conclusion

Nous avons travaillé sur la promotion du CII auprès des membres. Nous voulons assurer une relève et augmenter la participation des jeunes infirmières qui entrent dans la profession. Consolider nos acquis.

Nous sommes plus visibles et cela est très positif.

Suzanne Beaulieu
Présidente CII

7.5 Comité de gouvernance et d'éthique

Le comité de gouvernance et d'éthique relève du conseil d'administration. De façon générale, les responsabilités du comité consistent à s'assurer que les pratiques de bonne gouvernance et d'éthique soient mises en œuvre dans l'établissement et par le conseil d'administration.

De façon plus spécifique, le comité a pour fonction :

- d'élaborer des règles de gouvernance pour la conduite des affaires de l'établissement;
- d'élaborer un code d'éthique et de déontologie conformément à l'article 3.0.4 de la Loi sur le ministère du Conseil exécutif (chapitre M-30) applicable aux membres du conseil d'administration;
- d'élaborer des profils de compétences et d'expérience pour la nomination ou la cooptation des membres indépendants du conseil d'administration avec le souci d'identifier les compétences diversifiées qui sont requises et la représentation souhaitée du milieu en fonction de ses caractéristiques;
- d'élaborer des critères pour l'évaluation du fonctionnement du conseil d'administration;
- d'élaborer un programme d'accueil et de formation continue pour les membres du conseil d'administration;
- d'évaluer le fonctionnement du conseil d'administration selon les critères élaborés par le Comité et approuvés par le conseil d'administration.

Le comité est composé (au 31 mars 2014) de cinq membres du conseil d'administration :
- Mme Doris Laliberté-Kirouac, présidente du comité
- Mme Nicole Landry
- M. Benoit Blanchet
- M. André Morin
- M. Gaston Pelletier

Pour assister le comité, M. Daniel Lévesque, directeur général, est présent aux différentes réunions du comité.

Au cours de la dernière année, le comité s'est réuni à six reprises et le taux de participation des membres a été de 75 %. Le comité a révisé et/ou élaboré les règles de gouvernances suivantes :
- code d'éthique et de déontologie applicable aux membres du conseil d'administration;
- accueil et intégration d'un nouvel administrateur;
- formation continue des administrateurs;
- profil de compétences et d'expérience des administrateurs;
- les règlements de régie interne de différents comités.

Les membres du comité ont élaboré un plan d'action portant sur la mise en place des meilleures pratiques en gouvernance. Les membres se sont inspirés des normes en matière de gouvernance établies par le conseil canadien d'agrément. Ce plan d'action a fait l'objet de présentations au conseil d'administration.

Les membres du comité ont rencontrés les président(e)s des différents comités et conseil du conseil d'administration afin de partager sur le fonctionnement et leurs besoins de supports tel que prévu à la règle de gouvernance sur l'évaluation du fonctionnement et de la performance du conseil d'administration, des comités et des conseils professionnels.

Au cours de l'année, le comité a émis des recommandations au conseil d'administration relativement au remplacement de membres au sein dudit conseil.

Le comité poursuivra ses efforts, au cours de la prochaine année, afin d'actualiser le plan d'action sur les meilleures pratiques en gouvernance et la mise à jour de certains règlements adoptés par le conseil d'administration.

Doris Laliberté-Kirouac, présidente
Conseil d'administration
CSSS de Rivière-du-Loup

7.6 Comité de vigilance et de la qualité

C'est avec plaisir que le comité de vigilance et de la qualité présente son rapport annuel pour l'année de référence 2013-2014.

« La qualité des services est La capacité d'une organisation à satisfaire les besoins et les attentes des clients (usagers), par l'utilisation des meilleures pratiques et la conformité aux normes établies, de façon efficiente et au moindre risque, au regard des ressources disponibles. Cette qualité se reflète tant au niveau des attitudes et des contacts humains établis entre le personnel et les clients, qu'au niveau des procédures et des services rendus. »

Mandat du comité – Art. 181.0.3 LSSSS

Le comité de vigilance et de la qualité veille à ce que le conseil d'administration s'acquitte efficacement de ses responsabilités en matière de qualité des services, du respect des droits des usagers et du traitement diligent de leurs plaintes.

À cette fin, le comité doit notamment :

- recevoir et analyser les rapports et recommandations transmis au conseil d'administration et portant sur la pertinence, la qualité, la sécurité ou l'efficacité des services rendus, le respect des droits des usagers ou le traitement de leurs plaintes;
- établir les liens systémiques entre ces rapports et recommandations et en tirer les conclusions nécessaires afin de pouvoir formuler les recommandations prévues au paragraphe 3;
- faire des recommandations au conseil d'administration sur les suites qui devraient être données à ces rapports ou recommandations dans l'objectif d'améliorer la qualité des services aux usagers;
- assurer le suivi de ses propres recommandations auprès du conseil d'administration;
- favoriser la collaboration et la concertation des intervenants ou instances concernés par le paragraphe 1;
- veiller à ce que le commissaire local dispose des ressources humaines, matérielles et financières nécessaires pour assumer ses responsabilités de façon efficace et efficiente;
- exercer toute autre fonction que le conseil d'administration juge utile au respect du mandat confié en vertu du premier alinéa.

Membres

Le comité se compose de cinq personnes dont le directeur général et la commissaire local aux plaintes et à la qualité des services. Les 3 autres personnes ont été choisies par le conseil d'administration parmi ceux de ses membres qui ne travaillent pour l'établissement ou n'exercent pas à leur profession dans l'une des installations du CSSS.

Pour l'année 2013-2014, les membres sont :

- Mme Nicole Landry, membre du conseil d'administration, présidente du comité
- Mme Geneviève Pigeon, membre du comité d'administration, vice-présidente du comité
- M. Yves Courbron, membre du conseil d'administration, représentant du comité des usagers
- M. Daniel Lévesque, directeur général et secrétaire du comité, membre d'office
- Mme Alice Bélanger jusqu'au 15 mai 2013, commissaire local aux plaintes et à la qualité des services par intérim, membre d'office
- Mme Stéphanie Bush à compter du 21 mai 2013, commissaire local aux plaintes et à la qualité des services, membre d'office
- Mme Doris Laliberté-Kirouac, présidente du conseil d'administration, membre invitée
- Mme Brigitte Lavoie, directrice des soins infirmiers et de la qualité, membre invitée

Réunions

Le comité de vigilance et de la qualité a tenu sept réunions entre le 1er avril 2013 et le 31 mars 2014 qui se sont déroulées aux dates suivantes :

- le 21 mai 2013
- le 7 juin 2013
- le 4 septembre 2013
- le15 octobre 2013
- le 19 novembre 2013
- le 9 janvier 2014
- le 20 mars 2014

Principales activités menées au cours de l'année 2013-2014

- Auto-évaluation du comité de vigilance et de la qualité;
- Suivi et échange en regard des actions menés par les différentes instances du CSSS et regroupées dans le tableau de bord d'amélioration continue de la qualité;
- Suivi des indicateurs de gestion des risques;
- Suivi des infections nosocomiales;
- Suivi des audits d'hygiène des mains;
- Suivi du projet d'amélioration de l'attente au centre de prélèvements;
- Suivi de dossier de l'urgence (délai d'attente et triage).

Suivi des recommandations issues des rapports d'examen des plaintes

Le comité a pris connaissance des mesures et recommandations issues du traitement des plaintes par la commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services ainsi que celles du médecin: examinateur. L'état de réalisation de ces recommandations fut présenté au comité et un suivi a été assuré.

Visites de qualité

Nous avons pris connaissance du rapport des visites suivantes :

- Visite du MSSS à l'urgence en avril 2013;
- Visite du MSSS au Centre d'hébergement de soins de longue durée St-Joseph en juin 2013;
- Visite du vérificateur général pour la DI-TED-DP au printemps 2013.

Rapports et recommandations transmis au conseil d'administration

- Motion de remerciement soulignant le départ à la retraite du Dr Richard Boudreau, médecin examinateur;
- Rapport trimestriel de gestion des risques;
- Suivi du tableau de bord d'amélioration continue de la qualité;
- Ajout d'un point statutaire « qualité-sécurité » à toutes les rencontres du conseil d'administration.

Perspectives d'actions 2014-2015

Dans une perspective d'amélioration de la qualité des services offerts dans le respect des droits individuels et collectifs, le comité de vigilance et de la qualité se donne les objectifs suivants pour la prochaine année :

1. Effectuer l'évaluation de la commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services;
2. Prendre connaissance du rapport de la visite d'Agrément et en assurer le suivi;
3. Poursuivre le suivi du tableau de bord d'amélioration continue de la qualité;
4. Effectuer le suivi de l'auto-évaluation du comité;
5. Contribuer à l'actualisation du plan d'action du conseil d'administration en regard des meilleures pratiques de gouvernance.

Conclusion

L'année 2013-21014 a permis au comité d'assumer pleinement son rôle de vigie et de s'assurer que les actions en lien avec la qualité et la satisfaction des services soient actualisées.

Je tiens à remercier les membres du comité ainsi que les invités pour leur disponibilité et leur participation active. C'est ensemble que nous parviendrons à répondre adéquatement aux besoins des usagers du CSSS.

Nicole Landry
Présidente

7.7 Comité des usagers

Membres du comité des usagers

Président :	M. Jacques Lapierre
Vice-président :	M. Gilbert Blachon
Trésorière :	Mme Micheline Morais
Administrateurs :	Messieurs Yves Courbron et Roger Plante
	Mesdames Lise Pelletier, Madeleine Pelletier et Ginette Leblond

Mandat

Le comité des usagers est le gardien des droits des usagers et veille à ce que les usagers soient traités dans le respect de leur dignité. Il est l'un des porte-paroles importants des usagers auprès des instances de l'établissement.

Le respect des droits des usagers, la qualité des services et la satisfaction de la clientèle sont les assises qui guident ses actions. Il doit avoir une préoccupation particulière envers les clientèles les plus vulnérables et travailler à promouvoir l'amélioration des conditions de vie des personnes hébergées.

Mandat ou objectifs spécifiques au cours de l'année financière 2013-2014

- Veiller à l'amélioration des services au centre de prélèvement et à l'urgence;
- Veiller au bien-être constant de nos personnes en centre d'hébergement (alimentation, soins de santé, hygiène, etc.;
- Faire connaître à la population les services offerts par le CLSC;
- Faire connaître les services d'Info-Santé 811 (auprès de la clientèle étudiante et tous les usagers par la distribution de magnétiques).

Bilan des activités

Nombre de réunions du comité des usagers et taux de participation des membres
Nombre : - 10 réunions régulières
Taux de participation : 82 %
- 1 AGA

Actions prises pour renseigner les usagers sur leurs droits et leurs obligations :
- Lors des quatre soirées publiques d'information offertes à toute la population (usagers) desservie par le CSSS de RDL et portant sur les services offerts par le CLSC et ses points de services;
- Lors de la Semaine des droits des usagers, participation à une émission télévisée pour promouvoir les droits des usagers et les actions du comité des usagers;
- Présence aux CHSLD de Saint-Cyprien et de Saint-Antonin lors d'un repas festif.

Actions prises pour promouvoir l'amélioration de la qualité des conditions de vie des usagers :
- Envoi de résolutions et de lettres à la direction du CSSS pour des changements visant l'amélioration des services à l'urgence, au centre de prélèvement et aux différents centres d'hébergement;
- Rencontres avec la commissaire locale aux plaintes.

Actions prises pour évaluer le degré de satisfaction des usagers à l'égard des services obtenus :
- Période d'échanges et de discussions avec les participants lors des soirées publiques d'information portant sur les services offerts par le CSLC;
- Le suivi donné aux appels téléphoniques reçus;
- Rencontre avec les familles des résidents du CHSLD de Saint-Joseph;
- Commentaires reçus des représentants des CHSLD siégeant au sein de notre comité.

Actions prises pour la défense des intérêts collectifs et particuliers des usagers :
- Personnes hébergées en ressources intermédiaires (référence des cas litigieux à la commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services);
- Interrogations soutenues vs la construction du future CHSLD dont la 1re pelletée de terre est prévue en 2014;
- Réponse aux questions des journalistes portant sur divers dossiers (exemple : la vie en CHSLD, la future construction CHSLD 72 lits, etc.).

Suivi des activités des comités de résidents :
- Réunion d'aide pour élaborer les règlements du comité des résidents du CHSLD de Saint-Joseph;
- Réunion avec les familles pour connaître leurs satisfactions et insatisfactions pour améliorer les conditions de vie;
- Bilan de la visite ministérielle en juin 2013 au CHSLD Saint-Joseph et autres réunions pour le suivi des recommandations ministérielles.

Indicateurs de suivi utilisés :
- Réponse aux interrogations des usagers (par téléphone ou par écrit);
- Visites éclairantes à l'urgence et au centre de prélèvement;
- Rencontres avec la direction générale ou responsable de la qualité et des services ainsi qu'avec différents intervenants de départements concernés;
- Mission interrogative pour les partis politiques aux élections pour promouvoir l'importance de la construction du futur CHSLD 72 lits.

Résultats obtenus eu égard aux objectifs fixés pour 2013-2014

Il est parfois difficile d'atteindre tous les objectifs fixés en raison de la lourdeur de notre système de santé cependant le dénouement heureux de certains dossiers tels que : la fenestration côté Nord du CHSLD de St-Antonin, l'amélioration de l'alimentation au CSSS (le CHRGP et les 3 CHSLD), les réparations passagères des couvre-planchers aux CHSLD de St-Cyprien et St-Antonin en attendant, dans les meilleurs délais, une solution globale et définitive à ce dossier.

Perspectives d'action pour la prochaine année financière 2014-2015

Perspectives d'action pour la prochaine année financière :

- Visite des résidences intermédiaires avec la commissaire locale aux plaintes;
- Élaboration d'un questionnaire de satisfaction des résidents en partenariat avec le CSSS;
- Relance de formation de comités de résidents aux CHSLD de Saint-Cyprien et Saint-Antonin;
- Promotion continue des services Info Santé 811;
- Voir à la continuité des meilleures soins et services offerts à nos usagers (exemple : au centre de prélèvement, à l'urgence et dans nos CHSLD).

Recommandations, le cas échéant, visant :

Les droits et les obligations des usagers :

- Voir à ce que les dépliants relatifs aux droits émis par le Comité des usagers et le CSSS (via la commissaire locale aux plaintes) soient disponibles à tous les points de services du CLSC et dans les établissements;
- Promotion des droits et obligations des usagers en utilisant les médias.

L'amélioration de la qualité des conditions de vie et la satisfaction des usagers à l'égard des services obtenus :

- Revoir avec la responsable de la qualité des soins et services les recommandations à la suite de la visite d'Agrément Canada
- Présence suffisante et stabilité du personnel soignant dans l'établissement (CHSLD et CLSC) (ex. : même intervenant auprès des usagers).

Autres recommandations :

- Collaboration constante avec la direction;
- Respect des décisions prises en partenariat avec le Comité des usagers et le CSSS;
- Suivi rigoureux de notre direction vs la future construction du nouveau CHSLD.

Conclusion

Nous avons eu une année fructueuse de collaboration avec les différents partenaires du CSSS (direction générale, direction des CHSLD, direction des divers services, la commissaire locale aux plaintes).

Notre souhait le plus cher est que cette collaboration ne cesse de s'accroître dans le seul but d'améliorer les soins et les services de santé offerts à nos usagers, raison d'être de notre réseau de santé et services sociaux.

Jacques Lapierre
Président du comité des usagers

7.8 Comité d'éthique

Nom et titres des membres du comité d'éthique

CSSS de Rivière-du-Loup :
- Dre Céline Gravel, ophtalmologiste
- Dre Annie Ouellet, radiologiste
- Mme Sarah Bélanger, pharmacienne
- M. Jules Massé, intervenant spirituel
- Mme Suzanne Michaud, archiviste
- Mme Suzanne Beaulieu, infirmière clinicienne
- Dr Pierre Harvey
- Mme Janie Patoine, clinicienne
- M. Cyr Dumas, clinicien

CSSS des Basques:
- Mme Élisabeth Lavoie

CSSS du Kamouraska :
- Mme Annie Chamberland
- M. André Baker

CSSS de Témiscouata :
- Dr Joan Banet, omnipraticien
- Mme Cathy Deschênes
- Mme Manon Gariépie

Mandat du comité d'éthique clinique

Le rôle du comité d'éthique clinique est de faire la promotion de l'éthique dans les CSSS du KRTB. Il est porteur d'un volet éducation et d'un volet clinique auprès des intervenants concernant des questions d'ordre éthique. Ce rôle se traduit dans le concret à trois niveaux : le volet clinique qui est la principale source d'activité du comité, le volet institutionnel qui répond aux demandes pouvant provenir des différentes organisations du KRTB et le volet de l'engagement qui fait la promotion de l'éthique.

Priorités ou objectifs spécifiques au cours de l'année financière 2013-2014

Le principal objectif du comité pour l'année consistait à doter les membres du comité d'une formation de base leur permettant de réaliser une démarche de délibération éthique structurée.

Bilan des activités

Pour l'année 2013-2014, le nombre de réunions du comité d'éthique clinique est de dix et le taux de participation des membres est à 70 %. De ce chiffre sont exclues les activités des sections locales du comité d'éthique des CSSS du KRTB. Nous avons complété l'auto-évaluation du comité d'éthique et le président a rencontré le comité de gouvernance et d'éthique de l'établissement à ce sujet.

Trois questionnements ont été traités au cours de l'année financière. Ces questionnements provenaient des CSSS du Témiscouata et du Kamouraska. Au CSSS de Rivière-du-Loup, plusieurs interrogations ont été soumises au président pour éclaircissement.

Cette année, les sujets soumis traitaient principalement des soins à domicile. Une activité qui devient de plus en plus complexe et qui prend de plus en plus de place dans les activités de nos cliniciens.

Principales difficultés éthiques soulevées

Il est toujours difficile de rejoindre les gens dans les différentes missions de l'établissement. Depuis le départ à la retraite de madame Rieu, nous avons travaillé de concert avec la direction de l'établissement afin de combler cette absence. Depuis la mi-mars 2014, une personne du CSSS a pour mission de faire ces liens importants entre le comité d'éthique et les quatre missions de l'établissement. Très peu de demandes de questionnement éthique parviennent au comité d'éthique.

Le comité d'éthique clinique bénéficie-t-il d'un soutien financier et administratif pour lui permettre de remplir son mandat?

Le comité d'éthique utilise à bon escient la contribution versée par les quatre CSSS du KRTB afin de développer la vie éthique dans nos établissements.

Résultats obtenus eu égard aux objectifs ou priorités fixés pour l'année financière

Le comité a atteint son objectif de formation pour l'année 2013-2014. La participation aux deux activités de formation de trois heures a été très grande. Le dépliant de promotion du comité est maintenant finalisé et sera disponible aux quatre établissements sous peu.

Perspectives d'action pour la prochaine année financière

Le comité travaillera à poursuivre sa formation en délibération clinique et en rédaction d'avis clinique en découlant. De plus, un travail sera fait pour évaluer les besoins en éthique clinique pour les cliniciens du CSSS de Rivière-du-Loup.

Recommandations

L'établissement se doit de continuer à supporter le comité d'éthique dans ses démarches pour le doter d'une équipe capable de faire des analyses éthique répondant aux besoins des cliniciens.

Les protocoles multicentriques approuvés au csss de rivière-du-loup en 2013-2014

Mise en œuvre des services de première ligne en dépendance du Québec (MP-CSSS-DLM-M-13-007)
Chercheur principal : Dre Kathryn Gill

Implementing Shared Decision Making in Home Care Interprofessionnal Teams.

- Chercheur principal : Dre France Légarée
- Ces deux protocoles de recherche ont été approuvés par notre établissement et sont tous les deux sous la responsabilité d'un comité d'éthique de la recherche d'un établissement de santé du Québec et sont déclarées comme étude de type multicentrique selon les normes du ministère de la santé du Québec.

Conclusion

Le comité d'éthique du KRTB se développe de façon satisfaisante et son équipe s'implique beaucoup lors des discussions d'ordre clinique.

Cyr B. Dumas
Président

7.9 Comité de gestion des risques

Mandat du comité

Conformément à la Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS), le mandat du comité de gestion des risques consiste à rechercher, développer et promouvoir des moyens visant notamment à :

- identifier et analyser les risques d'incidents et d'accidents en vue d'assurer la sécurité des usagers et des employés et, plus particulièrement dans le cas des infections nosocomiales, en prévenir l'apparition et en contrôler la récurrence;
- s'assurer qu'un soutien soit apporté aux victimes et aux proches;
- assurer la mise en place d'un système de surveillance incluant la constitution d'un registre local des incidents et des accidents;
- recommander au conseil d'administration de l'établissement la prise de mesures visant à prévenir la récurrence de ces incidents et accidents, ainsi que la prise de mesures de contrôle, s'il y a lieu.

Composition du comité de gestion des risques

Les membres du comité de gestion des risques pour l'année 2013-2014 sont :

- Mme Brigitte Lavoie, directrice des soins infirmiers et de la qualité, présidente
- M. Roger Plante, représentant du comité des usagers
- Mme Luce Landry, conseillère en prévention des infections (jusqu'en septembre 2013)
- M. Sébastien Laprise, conseiller en prévention des infections (à compter de septembre 2013)
- Mme Marie-Ève Côté, analyste en informatique
- M. Gilles Lavoie, conseiller santé et sécurité au travail et qualité de vie au travail (jusqu'en juin 2013)
- Mme Christine Landry, conseillère santé et sécurité au travail et qualité de vie au travail (à compter de septembre 2013)
- Mme Helen LaViolette, technicienne administrative et chef de service des approvisionnements par intérim
- Mme Caroline Morin, coordonnatrice du programme santé mentale (représentante du conseil multidisciplinaire)
- Mme Suzanne Beaulieu, assistante du supérieur immédiat (représentante du conseil des infirmiers et infirmières)
- Mme Guylaine Boucher, chef du service soutien technique, sécurité et mesures d'urgence par intérim
- Mme Michelle Gagnon, agente administrative et secrétaire du comité

Réunions

Le comité a tenu sept réunions entre le 1er avril 2013 et le 31 mars 2014 :

- le 21 mai 2013
- le 7 juin 2013
- le 4 septembre 2013
- le15 octobre 2013
- le 19 novembre 2013
- le 9 janvier 2014
- le 17 mars 2014

Priorités du comité pour l'exercice 2013-2014

À son agenda, le comité de gestion des risques avait inscrit cinq priorités pour l'exercice 2013-2014. L'état d'avancement de ces travaux est présenté ci-après.

- Effectuer la formation sur le règlement des mesures de contrôle : contentions, isolement et substances chimiques
  - La formation a été donnée par une conseillère en soins infirmiers pour les employés ciblés.
  - Un mécanisme a été mis en place afin de former les employés absents pendant la période où la formation s'est effectuée. De plus, cette formation a été intégrée au programme d'orientation générale du personnel en soins infirmiers.

- Assurer la mise en place des actions ciblées en vue d'améliorer les processus liés à la médication
  - Analyse de l'ensemble des événements indésirables liés à la médication par une conseillère en soins infirmiers et le chef pharmacien.
  - Les erreurs liées à la médication sont passés de 38 % en 2012-2013 à 32 % en 2013-2014.
- Réviser le règlement sur le fonctionnement du comité de gestion des risques
  - Le règlement sur le fonctionnement du comité de gestion des risques a été révisé et adopté par le comité de gestion des risques le 6 mai 2013 et par le conseil d'administration le 1er octobre 2013.

- Réviser la politique de déclaration d'un incident ou d'un accident ainsi que la politique de divulgation d'un accident survenu à un usager.
  - La politique et la procédure de déclaration d'un incident ou d'un accident ont été révisées.
  - Le règlement, la politique et la procédure sur la divulgation nécessaire à un usager ou à ses proches à la suite d'un accident ont été révisées et adoptées par le comité de gestion des risques.

- Assurer la mise en place de la politique et procédure des travaux de construction et de rénovation ainsi que la procédure en ce qui concerne les dégâts d'eau.
  - La politique et la procédure des travaux de construction et de rénovation est en processus d'adoption par le comité de direction.
  - La procédure en ce qui concerne les dégâts d'eau n'a pas été élaborée.

Registre local des incidents et accidents

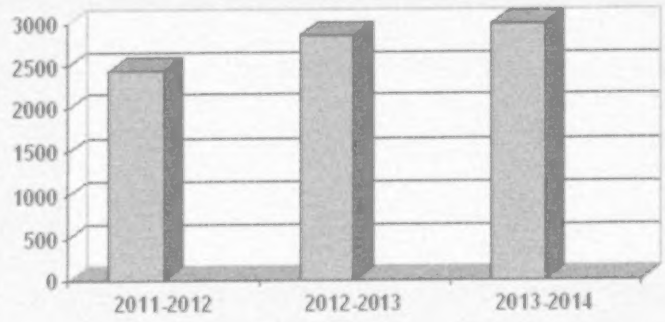
Assurer la sécurité des usagers est un des objectifs prioritaires de notre démarche d'amélioration continue de la qualité. Les incapacités temporaires et permanentes qui résultent des accidents évitables sont parmi les causes significatives de morbidité ou de mortalité dont on doit se préoccuper. La gestion des risques est un processus continu, qui permet l'identification de situations à risques afin d'intervenir rapidement pour prévenir, sinon limiter les dommages. Chacun de nous doit consentir des efforts pour évaluer la qualité des services, privilégier les meilleures pratiques et s'assurer qu'elles soient sécuritaires.

Un évènement déclaré constitue le premier maillon du processus de gestion des risques.
Depuis quelques années, des efforts ont été consenties pour s'assurer que la personne qui constate un évènement indésirable le déclare à l'aide du formulaire prévu à cet effet. Ceci permet aux gestionnaires concernés, aux gestionnaires de risques, au comité de gestion des risques et ultimement au comité de vigilance et de la qualité d'obtenir un portrait réel de ce qui se passe dans l'organisation et de la mise en place de mesures pour éviter la récurrence.

Indicateurs 2013-2014

On compte 2 988 événements déclarés cette année comparativement à 2851 l'année dernière. C'est donc 137 rapports de plus qui sont parvenus en gestion des risques cette année, ce qui correspond à une augmentation de 4,8 %. Bref, une moyenne de 230 rapports d'incidents/accidents acheminés par période, pour validation et compilation par la gestion des risques.

Graphique 1
Évolution du volume annuel de déclarations



Graphique 2
Évolution du volume périodique de déclarations

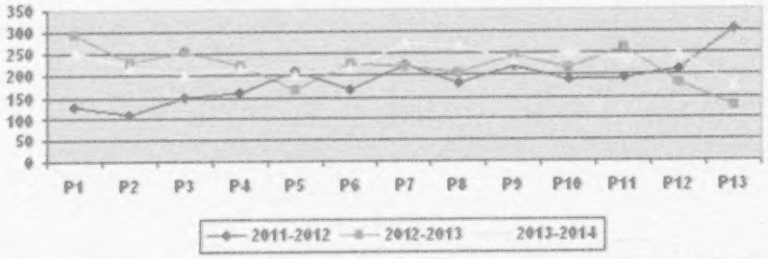


Tableau 1
Volume de déclarations par installation

	2013-2014
Centre hospitalier régional du Grand-Portage	1133
CHSLD St-Joseph	882
CHSLD St-Cyprien	225
CHSLD St-Antonin	283
CLSC Rivières et marées	78
Ressources intermédiaires	265
UTRF- Pavillon des Cèdres	122
TOTAL	2988

Répartition des événements indésirables par type d'évènement

On compte 2 988 événements déclarés cette année. Pour l'ensemble de l'organisation, les chutes et les médicaments représentent 69 % des déclarations d'événements; les chutes correspondent à 37 % et les erreurs de médicaments à 32 % des événements indésirables.

Graphique 3
Volume de déclarations par type d'évènement

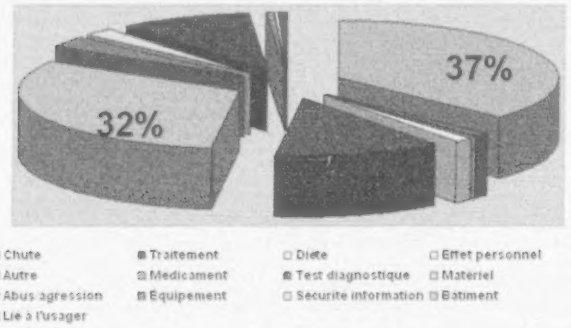


Tableau 2
Volume de déclarations par type d'évènement

	Chutes	Diète	Médication	Test diagnostique	Traitement	Sécurité de l'information	Effets Personnels	Matériel	Équipement	Agression, abus	Bâtiment	Lié à l'usager	Autres*	Total 2012-2013
TOTAL	1106	10	949	92	30	4	43	62	18	294	3	15	362	2988

Dans la catégorie « Autres », nous retrouvons les situations suivantes : automutilation, blessure d'origine inconnue, bris d'asepsie ou de stérilité, fugue, non-respect d'une procédure, obstruction respiratoire, tentative de suicide, problème lié aux bâtiments et situation à risque.

Tableau 3
Volume de déclarations par niveau de gravité

	2013-2014	2012-2013	
A- Situation à risque	55	104	Évènements sans conséquences
B- Échappé belle	187	129	
C- Pas de conséquence	1776	1585	
D- Conséquence crainte ou anticipée	577	605	Évènements avec conséquences mineures
E1- Exige soins non spécialisées	315	355	
E2- Exige soins spécialisés	43	58	
F- Conséquence temporaire exigeant hospitalisation	27	11	Évènements avec conséquences majeures
G- Conséquence permanente	3	2	
H- Intervention pour maintenir en vie	0	2	
I- Décès	4	0	
Indéterminé	1	0	
TOTAL	**2988**	**2851**	

Volume total des événements indésirables par gravité

L'objectif ultime de la gestion des risques est de pouvoir réduire le taux d'accidents et d'en venir à déclarer d'avantage d'incidents, voire des situations à risque.

Sur les 2 988 déclarations d'incidents/accidents reçues pour l'année de référence 2013-2014, 2018 (67,5 % du total des événements) n'ont pas eu de conséquences pour l'usager. Il s'agit des événements de gravité A à C.

D'un autre côté, 935 événements indésirables ont occasionné des conséquences mineures aux usagers. Il s'agit des événements de gravité D, E1 et E2.

Par ailleurs, 34 événements indésirables ont eu des conséquences importantes et ont nécessité une hospitalisation ou un prolongement d'hospitalisation visant à contrôler les conséquences de cet événement ou causer un décès. Il s'agit des événements de gravité F à I.

Tableau 4
Événements sentinelles par installation

	Fx poignet	Fx bassin	Fx côtes	Fx hanche	Fx orteil	Fx nez	Fx tibia	Fx Fémur	Trauma post-PTH	Traumatisme crânien	Hémorragie intracrânienne	Abus	Retraitement endoscopes	Refoulement d'égout	Total
CHRGP				2						1	1		5	1	**10**
CHSLD St-Joseph	1	1		6	1		1								**10**
CHSLD St-Antonin															**0**
CHSLD St-Cyprien				3				1							**4**
CLSC Rivières et marées									1						**1**
Ressources intermédiaires	1	2	1	5			1								**10**
UTRF- Pavillon des Cèdres			1	2		1						1			**5**
TOTAL	**2**	**3**	**2**	**18**	**1**	**1**	**2**	**1**	**1**	**1**	**1**	**1**	**5**	**1**	**40**

Événement sentinelle

Un événement sentinelle est un événement inattendu, potentiellement inévitable, lié à des processus ou à des interventions qui mènent ou qui auraient pu mener à un décès, une perte de fonction importante ou permanente chez l'individu ou des dommages matériels graves et importants aux biens de l'établissement. Les événements sentinelles sont ceux qui ont eu ou qui auraient pu avoir des conséquences catastrophiques et ceux qui se sont produits à une grande fréquence même s'ils ne sont pas à l'origine de conséquences graves. En 2013-2014, 40 événements sentinelles ont été déclarés et 78 % d'entre eux sont reliés à une chute ayant pour principale conséquence une fracture.

Recommandation du coroner

Un suivi de coroner au cours de l'année 2013-2014 pour une dame ayant chuté à domicile.

Bilan des activités

Mesures prises pour la surveillance des événements indésirables

- Un tableau de bord trimestriel incluant le nombre d'incidents et d'accidents pour chacune des catégories d'événements pour l'année en cours en comparaison avec les deux années précédentes est présenté au comité de gestion des risques et au comité de vigilance et de la qualité;
- Les statistiques sous forme de graphique illustrant le nombre d'événements dans toutes les catégories sont acheminées 2 fois/année aux gestionnaires de chacun des secteurs;
- Pour les événements sentinelles, un suivi est effectué auprès des gestionnaires concernés.

Actions prises pour la surveillance des événements sentinelles

- Un tableau indiquant les caractéristiques de chaque évènement est présenté au comité de gestion des risques.

Semaine nationale de la sécurité des patients

- La Semaine nationale de la sécurité des patients, lancée par l'Institut canadien pour la sécurité des patients (ICSP), s'est déroulée du 28 octobre au 1e novembre 2013. Une activité, « la chambre des erreurs », a été organisée dans les différentes installations de notre CSSS afin que les employés et les médecins se questionnent sur la prestation sécuritaire des soins.

Perspectives d'actions 2014-2015

Soucieux de poursuivre les activités visant à garantir une prestation sécuritaire des soins et des services, le comité de gestion des risques a établi ses priorités pour l'année 2014-2015. Entre autres, il a inscrit les priorités suivantes à son agenda :

- Analyser les causes d'erreurs liées à la médication et mettre en œuvre des mesures correctives afin de diminuer le nombre d'événements en lien avec les erreurs de médication par la mise en place d'un comité ad hoc;
- Mettre en œuvre le nouveau formulaire AH-223 et l'application WEB produite par la SOGIQUE;
- Réaliser des activités de formation sur la prestation sécuritaire des soins et des services offerts par l'établissement;
- Offrir une formation sur la gestion des risques incluant le nouveau formulaire AH-223;
- Offrir une formation aux gestionnaires sur l'analyse et la divulgation d'un évènement sentinelle;
- Réviser le processus de gestion des alertes et des rappels au sein du CSSS;
- Déployer le programme de prévention des chutes et d'intervention à la suite d'une chute;
- Déployer le programme de prévention des plaies de pression;
- Planifier des rencontres les ressources de type familial (RTF) et les ressources intermédiaires (RI) liées par contrat de service avec l'établissement afin de les sensibiliser à une culture de sécurité et la déclaration des incidents et accidents dans leur milieu;
- Recruter un médecin pour siéger au sein du comité de gestion des risques.

Conclusion

La gestion des risques est une approche de gestion qui fait appel à un grand éventail de moyens pour réduire les risques qu'une situation causant des dommages se produise (prévention) et lorsque les risques se réalisent, pour en limiter les dommages.

À la lumière de ce constat, il apparaît évident que tous les employés, médecins et bénévoles doivent s'impliquer dans le processus visant à assurer des soins et services de qualité pour tous les usagers. Un des moyens permettant à notre organisation d'y parvenir est de favoriser la déclaration des événements indésirables.

La gestion des risques occupe maintenant une plus grande place dans l'organisation et la culture de sécurité s'implante graduellement. Toutes les déclarations d'incidents et d'accidents sont vérifiées, analysées et le suivi est assuré selon le besoin. Le défi de la prochaine année vise à diminuer le nombre d'événements en lien avec la médication et implanter le programme de prévention des chutes.

Finalement, déclarer un évènement, c'est contribuer à la prestation sécuritaire de services de santé et de services sociaux à notre clientèle et c'est permettre à notre organisation la mise en place des mesures de prévention de l'occurrence ou de la récurrence d'un évènement.

Brigitte Lavoie
Directrice des soins infirmiers et de la qualité.

7.10 Comité de vérification

Composition du comité

Les membres du comité de vérification pour l'année 2013-2014 sont :

- Mme Christine Desrosiers, présidente
- Mme Doris Laliberté-Kirouac
- M. Maurice Dumas
- M. André Morin
- La directrice des ressources financières, matérielles et informationnelles agit à titre de personne-ressource pour le comité de vérification.

Mandat général du comité de vérification

Le comité a notamment pour fonctions :

- de s'assurer qu'un plan visant une utilisation optimale des ressources de l'établissement soit mis en place et d'en assurer le suivi;
- de s'assurer que soit mis en place et appliqué un processus de gestion des risques pour la conduite des affaires de l'établissement;
- de réviser toute activité susceptible de nuire à la bonne situation financière de l'établissement portée à sa connaissance;
- d'examiner les états financiers avec le vérificateur nommé par le conseil d'administration de l'établissement;
- de recommander au conseil d'administration de l'Établissement l'approbation des états financiers de l'établissement;
- de veiller à ce que des mécanismes de contrôle interne soient mis en place et de s'assurer qu'ils soient adéquats et efficaces.

Mandats ou objectifs spécifiques réalisés au cours de l'année

Mois	Activités réalisées
Avril 2013	• Présentation du plan d'audit de la firme RCGT • Adoption du budget 2013-2014 • Suivi des constatations de l'auditeur externe • Modalité de gestion des cartes de crédit du CSSS • Mauvaises créances • Analyses financières
Mai 2013	• Suivi dossier ressources humaines (Sylvie Massé) • Règlements du comité de vérification • Reddition de comptes sur les placements • Rapport annuel du comité
Juin 2013	• Présentation du rapport de l'auditeur externe • Adoption des états financiers
Septembre 2013	• Suivi budgétaire • Reconduction du mandat d'audit • Reddition de comptes sur les placements
Novembre 2013	• Gestion intégrée des risques (Brigitte Lavoie) • Suivi budgétaire • Choix de limite CSST • Suivi de l'optimisation
Février 2014	• Suivi budgétaire • Reddition de comptes sur les placements • Présentation du processus budgétaire 2014-2015 • Contrôle interne au niveau des comptes à recevoir • Allocation de ressources • Suivi des constatations de l'auditeur externe • Renouvellement du mandat de la firme RCGT pour l'année d'option • Preuve d'assurance des médecins
Mars 2014	• Approbation du rapport financier du fonds de santé au travail

Bilan des activités

Nombre de réunions du comité et taux de participation

Le comité de vérification a tenu sept rencontres avec un taux de participation de 85 %.

Travaux réalisés pour s'assurer d'une utilisation optimale des ressources de l'établissement

- Présentation du processus budgétaire;
- Suivi budgétaire avec analyse des écarts;
- Présentation de Mme Sylvie Massé sur l'utilisation du temps supplémentaire et des autres problématiques au niveau des ressources humaines.

Travaux réalisés au regard de la gestion des risques pour la conduite des affaires de l'établissement

- Présentation d'un document sur les contrôles internes liés aux comptes à recevoir;
- Présentation de Mme Brigitte Lavoie sur la coordination de la gestion intégrée des risques – clarifier le rôle du comité de vérification.

Travaux réalisés au regard d'activités susceptibles de nuire à la bonne situation financière de l'établissement et qui ont été portés à la connaissance du comité

- Aucun incident pour l'exercice 2013-2014.

Travaux réalisés avec le vérificateur nommé par le conseil d'administration

- Dépôt du plan d'audit;
- Dépôt par l'auditeur de ses observations (aucune recommandation);
- Réception et analyse des états financiers audités;
- Dépôt par l'auditeur de son rapport sur les états financiers.

Autres travaux réalisés à la demande du conseil d'administration

- Présentation de madame Brigitte Lavoie en ce qui a trait à la gestion intégrée des risques;
- Reddition de comptes sur les placements.

Indicateurs de suivi utilisés pour l'accomplissement du mandat

- Présentement, le comité de vérification n'utilise pas d'indicateurs de gestion pour le supporter dans l'accomplissement de son mandat. Cette éventualité sera par contre étudiée au cours de l'exercice 2014-2015.

Résultats obtenus eu égard aux objectifs fixés pour l'année financière

Les membres du comité de vérification estiment que les objectifs pour l'année 2013-2014 ont été atteints. L'établissement présente des résultats en équilibre à la fois pour son exercice financier 2013-2014 ainsi que pour son exercice budgétaire préliminaire 2014-2015.

Perspectives ou priorités d'action pour la prochaine année financière

- Suivi budgétaire;
- Révision des contrôles internes (revenus, approvisionnements);
- Établir une démarche structurée à l'égard de la gestion des risques financiers (établir un calendrier de suivi de quatre ans);
- Collaborer à la mise en place de meilleures pratiques de gouvernance :
  - Révision des règlements de régie interne;
  - Évaluation selon les meilleures pratiques en gouvernance.

Recommandations

Le comité de vérification recommande à l'établissement de présenter un suivi périodique formel de l'état d'avancement des projets d'optimisation. Une recommandation est également faite à l'effet que les plans triennaux (PCEM, PCFI, PTPARI) qui touchent le fonds d'immobilisations devraient être présentés et acceptés par le comité de vérification. Finalement, au niveau des contrôles internes, le comité recommande à l'établissement de se doter d'un calendrier de suivi des différents contrôles internes établi pour une période de quatre ans.

Conclusion

Le comité de vérification compte sur des membres expérimentés ayant une bonne connaissance du CSSS. Leurs questionnements et leur vigilance permettent d'améliorer la gestion financière de l'organisation. L'année 2013-2014 a été chargée en mandats de toute sorte. Elle a également permis de clarifier le rôle du comité de vérification relativement à la gestion des risques. Le comité de vérification a également pris conscience que la révision des contrôles internes et des risques afférents à la gestion du CSSS devront être suivis avec un processus plus structuré et un suivi plus rigoureux.

Christine Desrosiers
Présidente du comité de vérification

8. Rapport de direction

Les états financiers du Centre de santé et de services sociaux de Rivière-du-Loup ont été complétés par la direction qui est responsable de leur préparation et de leur présentation fidèle, y compris les estimations et les jugements importants. Cette responsabilité comprend le choix des conventions comptables appropriées qui respectent les Normes comptables canadiennes pour le secteur public ainsi que les particularités prévues au Manuel de gestion financière édicté en vertu de l'Article 477 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux. Les renseignements financiers contenus dans le reste du rapport annuel de gestion concordent avec l'information donnée dans les états financiers.

Pour s'acquitter de ses responsabilités, la direction maintient un système de contrôles internes qu'elle considère nécessaire. Celui-ci fournit l'assurance raisonnable que les biens sont protégés, que les opérations sont comptabilisées adéquatement et au moment opportun, qu'elles sont dûment approuvées et qu'elles permettent de produire des états financiers fiables.

La direction du Centre de santé et de services sociaux de Rivière-du-Loup reconnaît qu'elle est responsable de gérer ses affaires conformément aux lois et règlements qui la régissent.

Le conseil d'administration surveille la façon dont la direction s'acquitte des responsabilités qui lui incombent en matière d'information financière et il a approuvé les états financiers. Il est assisté dans ses responsabilités par le comité de vérification. Ce comité rencontre la direction et l'auditeur, examine les états financiers et en recommande l'approbation au conseil d'administration.

Les états financiers ont été audités par la firme Raymond, Chabot, Grant, Thornton dûment mandatée pour se faire, conformément aux normes d'audit généralement reconnues aux Canada. Son rapport expose la nature et l'étendue de cet audit ainsi que l'expression de son opinion. La firme Raymond, Chabot, Grant, Thornton peut, sans aucune restriction, rencontrer le comité de vérification pour discuter de tout élément qui concerne son audit.

Daniel Lévesque
Directeur général

Caroline Mailloux
Directrice des ressources financières, matérielles et informationnelles.

9. États financiers

Raymond Chabot
Grant Thornton

Rapport de l'auditeur indépendant sur les états financiers résumés

Raymond Chabot Grant Thornton
S.E.N.C.R.L.
300, boul. de l'Hôtel-de-Ville
Rivière-du-Loup (Québec) G5R 5C6

Téléphone : 418 862-5396
Télécopieur : 418 862-3570
www.rcgt.com

Aux membres du conseil d'administration du
Centre de santé et de services sociaux de Rivière-du-Loup

Les états financiers résumés ci-joints, qui comprennent l'état de la situation financière au 31 mars 2014 et les états des résultats, des surplus cumulés, de la variation de la dette nette et des flux de trésorerie pour l'exercice terminé à cette date ainsi que les notes complémentaires pertinentes, sont tirés des états financiers audités du Centre de santé et de services sociaux de Rivière-du-Loup pour l'exercice terminé le 31 mars 2014. Nous avons exprimé une opinion sur ces états financiers dans notre rapport daté du 13 juin 2014 (voir ci-dessous).

Les états financiers résumés ne contiennent pas toutes les informations requises par les Normes comptables canadiennes pour le secteur public. La lecture des états financiers résumés ne saurait donc se substituer à la lecture des états financiers audités du Centre de santé et de services sociaux de Rivière-du-Loup.

Responsabilité de la direction pour les états financiers résumés

La direction est responsable de la préparation d'un résumé des états financiers audités conformément aux critères décrits dans l'annexe 1 à la circulaire relative au rapport annuel de gestion (codifiée 03.01.61.19) publiée par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS).

Responsabilité de l'auditeur

Notre responsabilité consiste à exprimer une opinion sur les états financiers résumés, sur la base des procédures que nous avons mises en œuvre conformément à la Norme canadienne d'audit (NCA) 810, « Missions visant la délivrance d'un rapport sur des états financiers résumés ».

Opinion

À notre avis, les états financiers résumés tirés des états financiers audités du Centre de santé et de services sociaux de Rivière-du-Loup pour l'exercice terminé le 31 mars 2014 constituent un résumé fidèle de ces états financiers, conformément aux critères décrits dans l'annexe 1 à la circulaire relative au rapport annuel de gestion (codifiée 03.01.61.19) publiée par le MSSS.

Notre opinion indique que les états financiers audités donnent, dans tous leurs aspects significatifs, une image fidèle de la situation financière du Centre de santé et de services sociaux de Rivière-du-Loup au 31 mars 2014 ainsi que des résultats de ses activités, de la variation de sa dette nette et de ses flux de trésorerie pour l'exercice terminé à cette date, conformément aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public.

[1]

Raymond Chabot Grant Thornton S.E.N.C.R.L.

Rivière-du-Loup
Le 16 juin 2014

---

[1] CPA auditeur, CA permis de comptabilité publique n° A108840

Résultats - Fonds d'exploitation et fonds d'immobilisations pour l'exercice terminé le 31 mars 2014

	EXPLOITATION	IMMO	TOTAL	EXERCICE PRÉCÉDENT
REVENUS	102 723 639 $	4 335 031 $	107 058 670 $	103 130 957 $
CHARGES				
Masse salariale travaillée	47 777 301 $	- $	47 777 301 $	46 013 742 $
Avantages sociaux généraux	9 508 266 $	- $	9 508 266 $	9 176 003 $
Avantages sociaux particuliers	3 840 217 $	- $	3 840 217 $	3 769 511 $
Charges sociales	8 043 550 $	- $	8 043 550 $	7 654 064 $
Autres dépenses directes incluant les charges non réparties	31 870 003 $	87 755 $	31 957 758 $	30 953 029 $
Frais financiers	- $	1 156 096 $	1 156 096 $	1 217 801 $
Amortissement des immobilisations	- $	3 143 595 $	3 143 595 $	3 187 113 $
TOTAL DES CHARGES	101 039 337 $	4 387 446 $	105 426 783 $	101 971 263 $
Surplus (déficit) - Activités principales	1 684 302 $	(52 415) $	1 631 887 $	1 159 694 $
ACTIVITÉS ACCESSOIRES				
Revenus	1 406 341 $	- $	1 406 341 $	1 295 122 $
Charges	1 014 591 $	- $	1 014 591 $	1 017 229 $
TOTAL DES ACTIVITÉS ACCESSOIRES	391 750 $	- $	391 750 $	277 893 $
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE	2 076 052 $	(52 415) $	2 023 637 $	1 437 587 $
Transferts interfonds	(1 694 953) $	1 694 953 $	- $	- $
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE APRÈS TRANSFERTS	381 099 $	1 642 538 $	2 023 637 $	1 437 587 $

État des surplus (déficits) cumulés
pour l'exercice terminé le 31 mars 2014

	EXPLOITATION	IMMOBILISATIONS	TOTAL
SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS AU DÉBUT DÉJÀ ÉTABLIS	(225 003) $	1 939 124 $	1 714 121 $
Modifications comptables sans retraitement des années antérieures	831 031 $	- $	831 031 $
Surplus (déficit) de l'exercice après transferts	381 099 $	1 642 538 $	2 023 637 $
			- $
SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS À LA FIN	**987 127 $**	**3 581 662 $**	**4 568 789 $**

État de la situation financière
pour l'exercice terminé le 31 mars 2014

	EXPLOITATION	IMMO	TOTAL	EXERCICE PRÉCÉDENT
ACTIF				
Encaisse	1 361 207 $	1 682 196 $	3 043 403 $	4 578 377 $
Placements temporaires	3 060 318 $	- $	3 060 318 $	3 015 874 $
Débiteurs - Agence et MSSS	4 131 650 $	305 242 $	4 436 892 $	5 936 087 $
Autres débiteurs	1 569 365 $	- $	1 569 365 $	1 385 837 $
Créances interfonds (dettes interfonds)	201 446 $	(201 446) $	- $	- $
Subventions à recevoir (perçues d'avance) réforme comptable	8 041 020 $	2 492 200 $	10 533 220 $	8 931 661 $
Autres éléments	203 613 $	145 538 $	349 151 $	213 162 $
TOTAL DE L'ACTIF	**18 568 619 $**	**4 423 730 $**	**22 992 349 $**	**24 060 998 $**
PASSIF				
Emprunts temporaires	- $	812 276 $	812 276 $	1 015 699 $
Autres créditeurs et autres charges à payer	8 731 306 $	1 456 666 $	10 187 972 $	10 185 901 $
Avances de fonds en provenance de l'Agence enveloppes décentralisées	- $	5 303 334 $	5 303 334 $	988 561 $
Intérêts courus à payer	- $	305 243 $	305 243 $	319 019 $
Revenus reportés	1 821 631 $	2 957 866 $	4 779 497 $	7 731 357 $
Passif au titre des avantages sociaux futurs	8 800 513 $	- $	8 800 513 $	8 315 494 $
Dettes à long terme	- $	31 744 514 $	31 744 514 $	31 792 007 $
Autres éléments	24 770 $	- $	24 770 $	171 599 $
TOTAL DU PASSIF	**19 378 220 $**	**42 579 899 $**	**61 958 119 $**	**60 519 637 $**
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE)	(809 601) $	(38 156 169) $	(38 965 770) $	(36 458 639) $
ACTIFS NON FINANCIERS				
Immobilisations	- $	41 737 831 $	41 737 831 $	36 491 729 $
Stocks de fournitures	1 515 150 $	- $	1 515 150 $	1 512 063 $
Frais payés d'avance	281 578 $	- $	281 578 $	168 968 $
TOTAL DES ACTIFS NON FINANCIERS	**1 796 728 $**	**41 737 831 $**	**43 534 559 $**	**38 172 760 $**
SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS	**987 127 $**	**3 581 662 $**	**4 568 789 $**	**1 714 121 $**

État des flux de trésorerie
pour l'exercice terminé le 31 mars 2014

	EXERCICE COURANT	EXERCICE PRÉCÉDENT
Flux de trésorerie provenant des activités de fonctionnement	8 751 643 $	5 651 326 $
Flux de trésorerie provenant des activités d'investissement en immobilisation	(8 389 697) $	(2 720 811) $
Flux de trésorerie provenant des activités d'investissement	(1 646 003) $	(5 257 627) $
Flux de trésorerie provenant des activités de financement	(250 916) $	327 860 $
Diminution de la trésorerie et des équivalents	(1 534 973) $	(1 999 252) $
Trésorerie et équivalent de trésorerie au début	4 578 376 $	6 577 628 $
Trésorerie et équivalent de trésorerie à la fin	3 043 403 $	4 578 376 $
Trésorerie et équivalent de trésorerie à la fin comprenant l'encaisse	3 043 403 $	4 578 376 $

10. Loi 100 et optimisation

	Cible	Résultat
Loi 100		
2010-2011	320 096 $	320 096 $
2011-2012	145 335 $	145 335 $
2012-2013	160 471 $	160 471 $
2013-2014	73 032 $	73 032 $
total	698 934 $	698 934 $

	Cible	Résultat
Optimisation		
2010-2011		
2011-2012	379 970 $	442 470 $
2012-2013	806 736 $	806 736 $
2013-2014	1 168 297 $	1 168 297 $
total	2 417 503 $	2 417 503 $

11. États du suivi des réserves, commentaires et observations émis par l'auditeur indépendant

Signification des codes :
Colonne 3 « Nature » :
R : Réserve O : Observation C : Commentaire
Colonne 5,6 et 7 « État de la problématique » :
R : Réglé PR : Partiellement Réglé NR : Non Réglé

ÉTAT DU SUIVI DES RÉSERVES, COMMENTAIRES ET OBSERVATIONS FORMULÉS PAR L'AUDITEUR INDÉPENDANT						
Description des réserves, commentaires et observations	**Année 20XX-XX**	**Nature (R, O ou C)**	**Mesures prises pour régler ou améliorer la problématique identifiée**	**État de la problématique au 31 mars 2014**		
1	2	3	4	**R** 5	**PR** 6	**NR** 7
Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les états financiers						
		N/A				
Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les unités de mesure et les heures travaillées et rémunérées						
		N/A				
Rapport de l'auditeur indépendant portant sur le respect des conditions de rémunération en vigueur lors de l'octroi de contrats soumis à la directive ministérielle 2012-026 ou à l'article 2 du Règlement sur certaines conditions de travail applicables aux cadres						
		N/A				
Questionnaire à remplir par l'auditeur indépendant (vérificateur externe)						
		N/A				
Rapport à la gouvernance						
Opérations avec la Fondation	2011-2012	O	Entente en cours de finition			NR
Factures à remettre à la cafétéria	2011-2012	O	Factures remises aux clients	R		
Technologies de l'information	2011-2012	O	Suivis faits	R		

12. La Fondation de la santé de Rivière-du-Loup

L'année 2013-2014 de la Fondation – Continuité & Reconnaissance

La Fondation de la santé de Rivière-du-Loup est un fier partenaire du CSSS de Rivière-du-Loup et elle joue un rôle primordial dans le développement des soins de santé de notre région.

Elle contribue toujours aussi activement au développement du CSSS de Rivière-du-Loup. Au terme de son exercice 2013-2014, la Fondation aura cumulé plus de 5 M$ d'investissements dans des projets prioritaires. Elle s'avère un précieux partenaire de croissance et de rayonnement du milieu, comme en font foi les reconnaissances reçues lors du Gala de reconnaissance du CSSS et celui des Prestiges de la Chambre de commerce de la MRC de Rivière-du-Loup à l'automne 2013. Le dossier ayant retenu tout particulièrement l'attention en 2014 fut sans contredit la rénovation de l'Hôtellerie Marc-Bélanger. Grâce à la générosité de la population lors de la campagne de Noël 2013, les installations inaugurées en 2000 ont subi une cure de rajeunissement pour un confort et des services accrus à l'intention d'une clientèle grandissante. Les sommes amassées lors de la campagne annuelle et de l'activité Golf en santé – Hôtel Universel ont permis l'achat d'équipements spécialisés au bloc opératoire, d'un respirateur compatible pour l'imagerie par résonnance magnétique ainsi que de deux lits de naissance au service de la périnatalité. Aussi, comme à chaque année, la Fondation a contribué au programme d'achat de petits équipements pour le bien-être du patient pour un montant de 50 000 $.

La Fondation peut concrétiser sa mission grâce au travail du personnel permanent de la Fondation, des membres qui composent son conseil d'administration, des nombreux bénévoles et de la population en général qui répond favorablement, année après année, à la sollicitation de la Fondation lors de la tenue de l'une ou l'autre de ses activités de financement.

Johanne Lizotte
Directrice générale

13. Code d'éthique et de déontologie des administrateurs

Préambule

Compte tenu de leur rôle de mandataires, la Loi sur le ministère du conseil exécutif édicte l'obligation, pour les membres des conseils d'administration des établissements de santé et de service sociaux, de se doter d'un code d'éthique et de déontologie qui leur est applicable (L.R.Q., chapitre M-30, article 3.04, paragraphe 5). Ces dispositions s'ajoutent à celles prévues à la Loi sur les services de santé et de services sociaux (L.R.Q., c. S-4.2), désignée ci-après LSSSS. Le présent code d'éthique et de déontologie des administrateurs du Centre de santé et de services sociaux de Rivière-du-Loup, désigné ci-après CSSS de Rivière-du-Loup, s'inscrit dans le cadre de la mission de l'établissement. De plus, le conseil d'administration du CSSS de Rivière-du-Loup met l'emphase sur une reddition de comptes transparente, tant auprès des différents paliers de gouvernance qu'auprès de la population. En outre, le CSSS de Rivière-du-Loup est guidé par sa vision : un établissement en constante recherche d'amélioration de la qualité, assurant l'accessibilité et la continuité de services de santé et de services sociaux répondant aux besoins de la population desservie, ainsi que par ses valeurs : la primauté de la personne, le respect, la solidarité, la compétence et l'innovation. Ces valeurs et cette vision sont énoncées dans le plan stratégique pluriannuel du CSSS de Rivière-du-Loup. Également, le CSSS de Rivière-du-Loup se soucie d'être un partenaire de premier plan dans la gestion et l'amélioration du système de santé et de services sociaux.

1. DISPOSITIONS GÉNÉRALES

1.1 Préambule

Le préambule et les annexes font partie intégrante du présent code.

1.2 Objectifs généraux et champ d'application

Le présent code a pour objectifs de préserver et de renforcer le lien de confiance de la population dans l'intégrité et l'impartialité des membres du conseil d'administration du CSSS de Rivière-du- Loup, de favoriser la transparence au sein de ce dernier et de responsabiliser ses administrateurs en édictant les principes sein de ce dernier et de responsabiliser ses administrateurs en édictant les principes d'éthique et les règles de déontologie qui leur sont applicables. Ce code a pour prémisse d'énoncer les obligations et devoirs généraux de chaque administrateur. Par contre, ce code ne vise pas à remplacer les lois et les règlements en vigueur, ni à établir une liste exhaustive des normes à respecter et des comportements attendus des membres du conseil d'administration du CSSS de Rivière-du-Loup. En effet, ce code :

a) Traite des mesures de prévention, notamment des règles relatives à la déclaration des intérêts;
b) Traite de l'identification de situations de conflit d'intérêts
c) Régit ou interdit des pratiques reliées à la rémunération des administrateurs
d) Traite des devoirs et obligations des administrateurs même après qu'ils ont cessé d'exercer leurs fonctions
e) Prévoit des mécanismes d'application du code dont la désignation des personnes chargées de son application et la possibilité de sanctions.

Le présent code s'applique à tout administrateur du CSSS de Rivière-du-Loup. Tout administrateur est tenu, dans l'exercice de ses fonctions, de respecter les principes d'éthique et les règles de déontologie prévus par le présent code ainsi que par la loi. En cas de divergence, les règles les plus exigeantes s'appliquent.

1.3 Fondement

Le présent code repose notamment sur les dispositions suivantes :

- Articles 6, 7, 321 à 330 du Code civil du Québec, L.R.Q., c.C-1991;
- Articles 100, 129, 131, 132.3, 154, 155, 172, 172.1, 181, 181.0.0.1, 197, 198, 199, 200, 201, 235, et 274 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, L.R.Q., c.-S-4.2;
- Articles 3.0.4, 3.0.5 et 3.0.6 de la Loi sur le ministère du conseil exécutif, L.R.Q., c. M-30.

2. DÉFINITIONS

À moins d'une disposition expresse au contraire ou à moins que le contexte ne le veuille autrement dans le présent code, les termes suivants signifient :

a) Administrateur : un membre du conseil d'administration de l'établissement qu'il soit élu, nommé, désigné ou coopté;
b) Code : le code d'éthique et de déontologie des membres du conseil d'administration de l'établissement élaboré par le comité de gouvernance et d'éthique et adopté par le conseil d'administration;
c) Comité de discipline : le comité de discipline institué par le conseil d'administration pour traiter une situation de manquement ou d'omission dont il a été saisi;
d) Comité de gouvernance et d'éthique : le comité de gouvernance et d'éthique de l'établissement ayant pour fonctions notamment d'assurer l'application et le respect du présent code ainsi que sa révision, au besoin;
e) Conflits d'intérêts : désigne notamment, sans limiter la portée générale de cette expression, toute situation apparente, réelle ou potentielle, dans laquelle un administrateur peut risquer de compromettre l'exécution objective de ses fonctions, car son jugement peut être influencé et son indépendance affectée par l'existence d'un intérêt direct ou indirect. Les situations de conflit d'intérêts peuvent avoir trait à l'argent, à l'information, à l'influence ou au pouvoir;
f) Conjoint : une personne liée par un mariage ou une union civile ou un conjoint de fait au sens de l'article 61.1 de la Loi d'interprétation, L.R.Q., c.I-16;
g) Conseil d'administration : désigne le conseil d'administration de l'établissement.
h) Entreprise : toute forme que peut prendre l'organisation de la production de biens ou de services ou de toute autre affaire à caractère commercial, industriel, financier, philanthropique et tout regroupement visant à promouvoir des valeurs, intérêts ou opinions ou à exercer une influence sur les autorités de l'établissement;
i) Établissement : désigne le Centre de santé et de services sociaux (CSSS) de Rivière-du-Loup;
j) Famille immédiate : aux fins de l'article 131 (notion de personne indépendante) de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, L.R.Q., c. S-4-2, est un membre de la famille immédiate d'un directeur général, d'un directeur général adjoint ou d'un cadre supérieur de l'établissement son conjoint, son enfant et l'enfant de son conjoint, sa mère et son père, le conjoint de sa mère ou de son père ainsi que le conjoint de son enfant ou de l'enfant de son conjoint;
k) Faute grave : résulte d'un fait ou d'un ensemble de faits imputables à l'administrateur et qui constituent une violation grave de ses obligations et de ses devoirs ayant pour incidence une rupture du lien de confiance avec les membres du conseil d'administration de l'établissement;
l) Intérêt : désigne tout intérêt de nature matérielle, financière, professionnelle ou philanthropique;
m) Loi : toute loi applicable dans le cadre du présent code, incluant les règlements pertinents;
n) Personne indépendante : tel que prévu à l'article 313 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, L.R.Q., S-4.2.,

une personne se qualifie comme indépendante si elle n'a pas, de manière directe ou indirecte, de relations ou d'intérêts, notamment de la nature financière, commerciale, professionnelle ou philanthropique, susceptible de nuire à la qualité de ses décisions eu égard aux intérêts de l'établissement;

o) Proche : membre de la famille immédiate de l'administrateur étant son conjoint, son enfant et l'enfant de son conjoint, sa mère et son père, le conjoint de sa mère de son père ainsi que le conjoint de son enfant ou de l'enfant de son conjoint. Désigne aussi son frère ou sa sœur, incluant leur conjoint respectif;

p) Renseignements confidentiels : une donnée ou une information dont l'accès et l'utilisation sont réservés à des personnes ou entités désignées et autorisées. Ces renseignements comprennent tout renseignement personnel, stratégique, financier, commercial ou scientifique détenu par l'établissement, ce qui inclut tout renseignement dont la divulgation peut porter préjudice à un usager, à une personne en fonctions dans l'établissement ou à l'établissement lui-même.

Toute information de nature stratégique ou autre, qui n'est pas connue du public et qui, si elle était connue d'une personne qui n'est pas un membre du conseil d'administration de l'établissement, serait susceptible de lui procurer un avantage quelconque ou de compromettre la réalisation d'un projet auquel l'établissement participe.

3. PRINCIPES D'ÉTHIQUE

a) L'administrateur agit dans les limites des pouvoirs qui lui sont conférés, avec soin, prudence, diligence et compétence comme le ferait en pareilles circonstances une personne raisonnable, avec honnêteté et loyauté dans l'intérêt de l'établissement et de la population desservie. L'administrateur remplit ses devoirs et obligations générales selon les exigences de la bonne foi.

b) L'administrateur doit témoigner d'un constant souci du respect de la vie humaine et du droit de toute personne de recevoir des services de santé et des services sociaux.

c) L'administrateur contribue, dans l'exercice de ses fonctions, à la réalisation de la mission, au respect des valeurs et de la vision de l'établissement en mettant à profit ses aptitudes, ses connaissances, son expérience et sa rigueur.

d) L'administrateur est sensible aux besoins de la population et privilégie la prise en compte des droits fondamentaux de la personne.

e) L'administrateur souscrit aux principes de pertinence de continuité, d'accessibilité, de qualité, de sécurité et d'efficacité des services dispensés, principes préconisés en vertu de la LSSSS.

f) L'administrateur exerce ses responsabilités dans le respect des orientations locales, régionales et nationales en tenant compte des ressources humaines, matérielles, informationnelles, technologiques et financières de l'établissement.

g) L'administrateur participe activement et dans un esprit de concertation à l'élaboration et à la mise en œuvre des orientations générales de l'établissement.

h) L'administrateur est tenu, dans l'exercice de ses fonctions, de respecter les principes d'éthique et les règles de déontologie qui sont prévues au présent code.

4. RÈGLES DE DÉONTOLOGIE

4.1 Disponibilité et participation active

L'administrateur se rend disponible pour remplir ses fonctions en étant régulièrement présent aux séances du conseil d'administration, en prenant connaissance des dossiers et en prenant une part active aux décisions du conseil d'administration. Il favorise l'esprit de collaboration au sein du conseil d'administration et contribue à ses délibérations.

4.2 Respect

a) L'administrateur, dans l'exercice de ses fonctions, est tenu de respecter les dispositions des lois, règlements, normes, politiques et procédures applicables. Il est notamment tenu de respecter les devoirs et obligations générales de ses fonctions selon les exigences de la bonne foi.

b) L'administrateur agit de manière courtoise et entretient à l'égard de toute personne des relations fondées sur le respect, la coopération et le professionnalisme.

c) L'administrateur doit respecter les règles qui régissent le déroulement des séances du conseil d'administration, particulièrement celles relatives à la répartition du droit de parole et à la prise de décision. Il s'engage à respecter la diversité des points de vue en la considérant comme nécessaire à une prise de décision éclairée du conseil d'administration. Il respecte toute décision du conseil d'administration, malgré sa dissidence.

4.3 Soin et compétence

a) L'administrateur doit agir dans les limites des pouvoirs qui lui sont conférés avec soin et compétence, comme le ferait en pareilles circonstances une personne raisonnable, et dans l'intérêt de l'établissement.

4.4 Neutralité

a) L'administrateur se prononce sur les propositions en exerçant son droit de vote de la manière la plus objective possible. À cette fin, il ne peut prendre d'engagement à l'égard de tiers ni leur accorder aucune garantie relativement à son vote ou à quelque décision que ce soit.

b) L'administrateur doit placer les intérêts de l'établissement avant tout intérêt personnel ou professionnel.

4.5 Transparence

a) L'administration exerce ses responsabilités avec transparence, notamment en appuyant ses recommandations sur des informations objectives et suffisantes.

b) L'administrateur partage avec les membres du conseil d'administration toute information utile ou pertinente aux prises de décisions du conseil d'administration.

4.6 Discrétion et confidentialité

a) L'administrateur fait preuve de discrétion sur ce dont il a connaissance dans l'exercice ou l'occasion de l'exercice de ses fonctions. De plus, il doit faire preuve de prudence et de retenue pour toute information dont la communication ou l'utilisation pourrait nuire aux intérêts de l'établissement, constituer une atteinte à la vie privée d'une personne ou conférer, à une personne physique ou morale, un avantage indu.

b) L'administrateur préserve la confidentialité des délibérations du conseil d'administration, des positions défendues, des votes des membres ainsi que toute autre information qui exige le respect de la confidentialité, tant en vertu d'une loi que selon une décision de l'établissement.

c) L'administrateur s'abstient d'utiliser des informations confidentielles obtenues dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice de ses fonctions à son avantage personnel, à celui d'autres personnes physiques ou morales ou à celui d'un groupe d'intérêts.

4.7 Charge publique

a) L'administrateur informe le conseil d'administration de son intention de présenter sa candidature à une charge publique élective.

b) L'administrateur doit démissionner immédiatement de ses fonctions d'administrateur lorsqu'il est élu à une charge publique à temps plein. De plus, il doit démissionner de ses fonctions d'administrateur s'il est élu à une charge publique dont l'exercice est à temps partiel et que cette charge et susceptible de le placer en situation de conflit d'intérêts.

4.8 Biens et services de l'établissement

a) L'administrateur utilise les biens, les ressources et les services de l'établissement selon les modalités d'utilisation déterminées par le conseil d'administration. Il ne peut confondre les biens de l'établissement avec les siens. Il ne peut les utiliser à son profit ou au profit d'un tiers, à moins qu'il ne soit dûment autorisé à la faire par le conseil d'administration. Il en va de même des ressources et des services mis à sa disposition par l'établissement.

b) L'administrateur ne reçoit aucun traitement pour l'exercice de ses fonctions. Il a cependant droit au remboursement des dépenses faites dans l'exercice de ses fonctions aux conditions et dans la mesure que détermine le gouvernement.

4.9 Avantages et cadeaux

a) L'administrateur ne doit pas solliciter, accepter ou exiger, dans son intérêt ou celui d'un tiers, ni verser ou s'engager à verser à un tiers, directement ou indirectement, un cadeau, une marque d'hospitalité ou tout avantage ou considération lorsqu'il est destiné ou susceptible de l'influencer dans l'exercice de ses fonctions ou de générer des expectatives en ce sens.

b) L'administrateur qui reçoit un avantage contraire au présent code est redevable envers l'établissement de la valeur de l'avantage reçu.

4.10 Interventions inappropriées

a) L'administrateur s'abstient d'intervenir dans le processus d'embauche du personnel, sous réserve de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, L.R.Q., c. S-4.2.

b) L'administration s'abstient de manœuvrer pour favoriser des proches ou toute autre personne physique ou morale.

4.11 Relations publiques

a) Respecte les règles de politesse et de courtoisie dans ses relations avec le public et évite toute forme de discrimination ou de harcèlement prohibé par la loi.

b) S'efforce, dans les meilleurs délais, de toujours donner au citoyen l'information qu'il demande et qu'il est en droit d'obtenir; s'il ne peut le faire lui-même, il dirige le citoyen vers le service approprié de l'établissement.

c) Adopte une attitude de réserve et de retenue dans la manifestation publique de ses opinions.

5. ADMINISTRATEURS INDÉPENDANTS

L'administrateur élu, nommé ou coopté, à titre d'administrateur indépendant, doit dénoncer par écrit au conseil d'administration, dans les plus brefs délais, toute situation susceptible d'affecter son statut. L'administrateur doit transmettre au conseil d'administration le formulaire de l'annexe II du présent code, au plus tard dans les vingt (20) jours suivant la présence d'une telle situation.

6. CONFLITS D'INTÉRÊTS

a) L'administrateur ne peut exercer ses fonctions dans son propre intérêt ni dans celui d'un tiers. Il doit prévenir tout conflit d'intérêts ou toute apparence de conflits d'intérêts et éviter de se placer dans une situation qui le rendrait inapte à exercer ses fonctions. Il est notamment en conflit d'intérêts lorsque les intérêts en présence sont tels qu'il peut être porté à préférer certains d'entre eux au détriment de l'établissement ou y trouver un avantage direct ou indirect, actuel ou éventuel, personnel ou en faveur d'un tiers.

b) Dans un délai raisonnable après son entrée en fonction, un administrateur doit organiser ses affaires personnelles de manière à ce qu'elles ne puissent nuire à l'exercice de ses fonctions en évitant des intérêts incompatibles. Il doit prendre, le cas échéant, toute mesure nécessaire pour se conformer aux dispositions du présent code.

c) L'administrateur doit s'abstenir de participer aux délibérations et décisions lorsqu'une atteinte à son objectivité, à son jugement ou à son indépendance pourrait résulter notamment de relations personnelles, familiales, sociales, professionnelles ou d'affaires. De plus, les situations suivantes peuvent, notamment, constituer des conflits d'intérêts :

1) Avoir directement ou indirectement un intérêt dans une délibération du conseil d'administration;
2) Avoir directement ou indirectement un intérêt dans un contrat ou un projet de l'établissement;
3) Obtenir ou être sur le point d'obtenir un avantage personnel qui résulte d'une décision du conseil d'administration;
4) Avoir une réclamation litigieuse auprès de l'établissement;
5) Se laisser influencer par des considérations extérieures telles que la possibilité d'une nomination ou des perspectives ou offres d'emploi.

d) L'administrateur doit déposer et déclarer par écrit au conseil d'administration les intérêts pécuniaires qu'il a dans des personnes morales, des sociétés ou des entreprises qui ont conclu des contrats de service ou sont susceptibles d'en conclure avec l'établissement en remplissant le formulaire de l'annexe III du présent code.

e) L'administrateur qui a un intérêt direct ou indirect dans une personne morale ou auprès d'une personne physique qui met en conflit son intérêt personnel, celui du conseil d'administration ou de l'établissement qu'il administre doit, sous peine de déchéance de sa charge, dénoncer par écrit son intérêt au conseil d'administration en remplissant le formulaire de l'annexe IV du présent code. De plus, s'abstenir de siéger au conseil d'administration et de participer à toute délibération ou à toute décision lorsque cette question d'intérêt est débattue.

f) Le fait pour un administrateur d'être actionnaire minoritaire d'une personne morale qui exploite une telle entreprise ne constitue pas un conflit d'intérêts si les actions de cette personne morale se transigent dans une bourse reconnue et si cet administrateur ne constitue pas un initié de cette personne morale au sens de l'article 89 de la Loi sur les valeurs mobilières (L.R.Q., c. V-1.1).

g) L'administrateur qui est en situation de conflit d'intérêts réel, potentiel ou apparent à l'égard d'une question soumise lors d'une séance du conseil d'administration doit sur-le-champ déclarer cette situation au conseil d'administration. Cette déclaration doit être consignée au procès-verbal. L'administrateur doit se retirer lors des délibérations et de la prise de décision sur cette question.

h) Toute personne, lorsqu'elle a un motif sérieux de croire qu'un administrateur est en situation de conflits d'intérêts et ce, même de façon ponctuelle ou temporaire, doit signaler cette situation, sans délai, au président du conseil d'administration, ou si ce dernier est concerné, au directeur général. Pour signaler cette situation, cette personne doit remplir le formulaire de l'annexe V du présent code. Le président du conseil d'administration ou, le cas échéant, le directeur général, transmet ce formulaire au comité de gouvernance et d'éthique. Le comité de gouvernance et d'éthique peut recommander l'application de mesures préventives ou la tenue d'une enquête par le comité de discipline. Le comité de gouvernance et d'éthique remet son rapport écrit et motivé au conseil d'administration, au plus tard dans les 30 jours de la réception du signalement.

i) La donation ou le legs fait à l'administrateur qui n'est ni le conjoint ni un proche du donateur ou du testateur, est nulle, dans le cas de la donation ou, sans effet, dans le cas du legs, si cet acte est posé au temps où le donateur ou le testateur y est soigné ou y reçoit des services.

7. FIN DU MANDAT

a) Malgré l'expiration de son mandat, l'administrateur doit demeurer en fonction jusqu'à ce qu'il soit remplacé ou élu, désigné, nommé ou coopté de nouveau, tout en maintenant la même qualité d'implication et de professionnalisme.

b) L'administrateur doit, après l'expiration de son mandat, respecter la confidentialité de tout renseignement, débat, échange et discussion dont il a eu connaissance dans l'exercice ou à l'occasion de ses fonctions au sein du conseil d'administration.

c) L'administrateur qui a cessé d'exercer sa charge doit se comporter de manière à ne pas tirer d'avantages indus, en son nom personnel ou pour le compte d'autrui, de ses fonctions antérieures d'administrateur.

d) À la fin de son mandat, l'administrateur ne doit pas agir, en son nom personnel ou pour le compte d'autrui, relativement à une procédure, à une négociation ou à toute autre situation de l'établissement pour laquelle il a participé et sur laquelle il détient des informations non disponibles au public.

e) L'administrateur s'abstient, dans l'année suivant la fin de son mandat, s'il n'est pas déjà à l'emploi de l'établissement, de solliciter un emploi auprès de l'établissement.

8. APPLICATION DU CODE

8.1 Adhésion au code

a) Chaque administrateur s'engage à reconnaître et à s'acquitter de ses responsabilités et de ses fonctions au mieux de ses connaissances et à respecter le présent code ainsi que les lois applicables.

b) Dans les 60 jours de l'adoption du présent code par le conseil d'administration, chaque administrateur doit produire l'engagement de l'annexe 1 du présent code. Chaque nouvel administrateur doit aussi le faire dans les 60 jours suivant son entrée en fonction.
c) En cas de doute sur la portée ou sur l'application d'une disposition du présent code, il appartient à l'administrateur de consulter le comité de gouvernance et d'éthique de l'établissement.

8.2 Comité de gouvernance et d'éthique

a) En matière d'éthique et de déontologie, le comité de gouvernance et d'éthique de l'établissement a pour fonction de :
1) Élaborer un code d'éthique et de déontologie conformément à l'article 3.1.4 de la Loi sur le ministère du conseil exécutif (L.R.Q., c. M-30);
2) Diffuser et promouvoir le présent code auprès des membres du conseil d'administration;
3) Informer les administrateurs du contenu et des modalités d'application du présent code;
4) Conseiller les membres du conseil d'administrateur sur toute question relative à l'application du présent code;
5) Assurer le traitement des déclarations de conflits d'intérêts et fournir, aux administrateurs qui en font la demande, des avis sur ces déclarations;
6) Réviser, au besoin, le présent code et soumettre toute modification au conseil d'administration pour adoption;
7) Évaluer périodiquement l'application du présent code et faire des recommandations au conseil d'administration, le cas échéant.

8.3 Comité de discipline

a) Le conseil d'administration forme un comité de discipline composé de trois membres et d'un membre substitut nommés par et parmi les administrateurs de l'établissement. Le comité est formé d'une majorité de membres indépendants et il est présidé par un membre indépendant. Ce comité est constitué au besoin lors du dépôt d'une plainte.
b) De plus, le comité de discipline peut avoir recours à une ressource externe à l'établissement. Une personne cesse de faire partie du comité de discipline dès qu'elle perd la qualité d'administrateur.
c) Un membre du comité de discipline ne peut siéger lorsqu'il est impliqué dans une situation soumise à l'attention du comité.
d) Le comité de discipline a pour fonctions de :
1) Faire enquête lorsqu'il est saisi d'une situation de manquement ou d'omission, concernant un administrateur, aux règles d'éthique et de déontologie prévues par le présent code;
2) Déterminer, suite à une telle enquête, si un administrateur a contrevenu ou non au présent code;
3) Faire des recommandations au conseil d'administration sur la mesure qui devrait être imposée à un administrateur fautif.

8.4 Processus disciplinaire

a) Tout manquement ou omission concernant un devoir ou une obligation prévu dans le présent code constitue un acte dérogatoire et peut entraîner une mesure, le cas échéant.
b) Le comité de gouvernance et d'éthique saisit le comité de discipline, lorsqu'une personne a un motif sérieux de croire qu'un administrateur a pu contrevenir au présent code, en transmettant le formulaire de l'annexe V du présent code rempli par cette personne.
c) Le comité de discipline détermine, après analyse, s'il y a matière à enquête. Dans l'affirmative, il notifie à l'administrateur les manquements reprochés et la référence aux dispositions du présent code. La notification informe l'administrateur qu'il peut, dans un délai de 30 jours de l'avis, fournir ses observations par écrit au comité de discipline et, sur demande, être entendu par celui-ci relativement au manquement reproché. L'administrateur concerné doit, en tout temps, répondre avec diligence à toute communication ou demande du comité de discipline.
d) L'administrateur qui est informé qu'une enquête est tenue à son sujet ne doit pas communiquer avec la personne qui a demandé la tenue de l'enquête.
e) Le comité de discipline peut désigner des personnes chargées de faire enquête relativement à la situation ou aux allégations de comportements susceptibles d'être dérogatoires à l'éthique ou à la déontologie. L'enquête doit être conduite de manière confidentielle et protéger, dans la mesure du possible, l'anonymat de la personne à l'origine de l'allégation. Les personnes chargées de faire l'enquête sont tenues de remplir le formulaire d'affirmation solennelle de discrétion de l'annexe VI du présent code.
f) Tout membre du comité de discipline qui enquête doit le faire dans un souci de confidentialité, de discrétion, d'objectivité et d'impartialité. Il doit être indépendant d'esprit et agir avec rigueur et prudence.
g) Le comité de discipline doit respecter les règles de justice naturelle en offrant à l'administrateur concerné une occasion raisonnable de connaître la nature du reproche, de prendre connaissance des documents faisant partie du dossier du comité de discipline, de préparer et de faire ses représentations écrites ou verbales. Si, à sa demande, l'administrateur est entendu par le comité de discipline, il peut être accompagné d'une personne de son choix.
h) Ne peuvent être poursuivies en raison d'actes accomplis de bonne foi dans l'exercice de leurs fonctions, les personnes et les autorités qui sont chargées de faire enquête relativement à des situations ou à des allégations de comportements susceptibles d'être dérogatoires à l'éthique ou à la déontologie, ainsi que celles chargées de déterminer ou d'imposer les sanctions appropriées.
i) Le comité de discipline transmet son rapport au conseil d'administration, au plus tard dans les 45 jours suivant la réception des allégations ou du début de son enquête. Ce rapport est confidentiel et doit comprendre :
1) Un état des faits reprochés;
2) Un résumé des témoignages et des documents consultés incluant le point de vue de l'administrateur visé;
3) Une conclusion motivée sur le bien-fondé ou non de l'allégation de non-respect du présent code;
4) Une recommandation motivée sur la mesure à imposer, le cas échéant.
j) En application de l'article 8.4.9 d) du présente code, le conseil d'administration se réunit à huis clos pour décider de la mesure à imposer à l'administrateur concerné. Avant de décider de l'application d'une mesure, le conseil d'administration doit l'aviser et lui offrir de se faire entendre. Ce dernier peut être accompagné d'une personne de son choix. Toutefois, ceux-ci ne peuvent pas participer aux délibérations ni à la décision du conseil d'administration.
k) Le conseil d'administration peut relever provisoirement de ses fonctions l'administrateur à qui l'on reproche un manquement à l'éthique ou à la déontologie, afin de permettre la prise d'une décision appropriée dans le cas d'une situation urgente nécessitant une intervention rapide ou dans un cas présumé de faute grave. S'il s'agit du directeur général, le conseil d'administration doit s'assurer du respect des dispositions du règlement sur certaines conditions de travail applicables aux hors-cadres des agences et des établissements publics de santé et de services sociaux (R.R.Q., c. S-4-2, r.5.2).
l) Toute mesure prise par le conseil d'administration doit être communiquée à l'administrateur concerné. Toute mesure imposée à l'administrateur, de même que la décision de le relever de ses fonctions, doivent être écrites et motivées.
m) Cette mesure peut être un rappel à l'ordre, une réprimande, une suspension d'une durée maximale de trois mois, une révocation de son mandat, selon la nature et la gravité de la dérogation.
n) Le secrétaire du conseil d'administration conserve tout dossier relatif à la mise en œuvre du présent code, de manière confidentielle, pendant toute la durée fixée par le calendrier de conservation adopté par l'établissement, conformément aux dispositions de la Loi sur les archives (L.R.Q., c.A-21.1)

9. DIFFUSION DU CODE

a) L'établissement doit rendre le présent code accessible au public et le publier dans son rapport annuel.

b) Le rapport annuel de gestion de l'établissement doit faire état du nombre de ces traités et de leur suivi, des manquements constatés au cours de l'année par le comité de discipline, des décisions prises et des mesures imposées par le conseil d'administration ainsi que du nom des administrateurs suspendus au cours de l'année ou dont le mandat a été révoqué.

10. DISPOSITIONS FINALES

10.1 Entrée en vigueur

Le présent code entre en vigueur le jour de son adoption par le conseil d'administration de l'établissement.

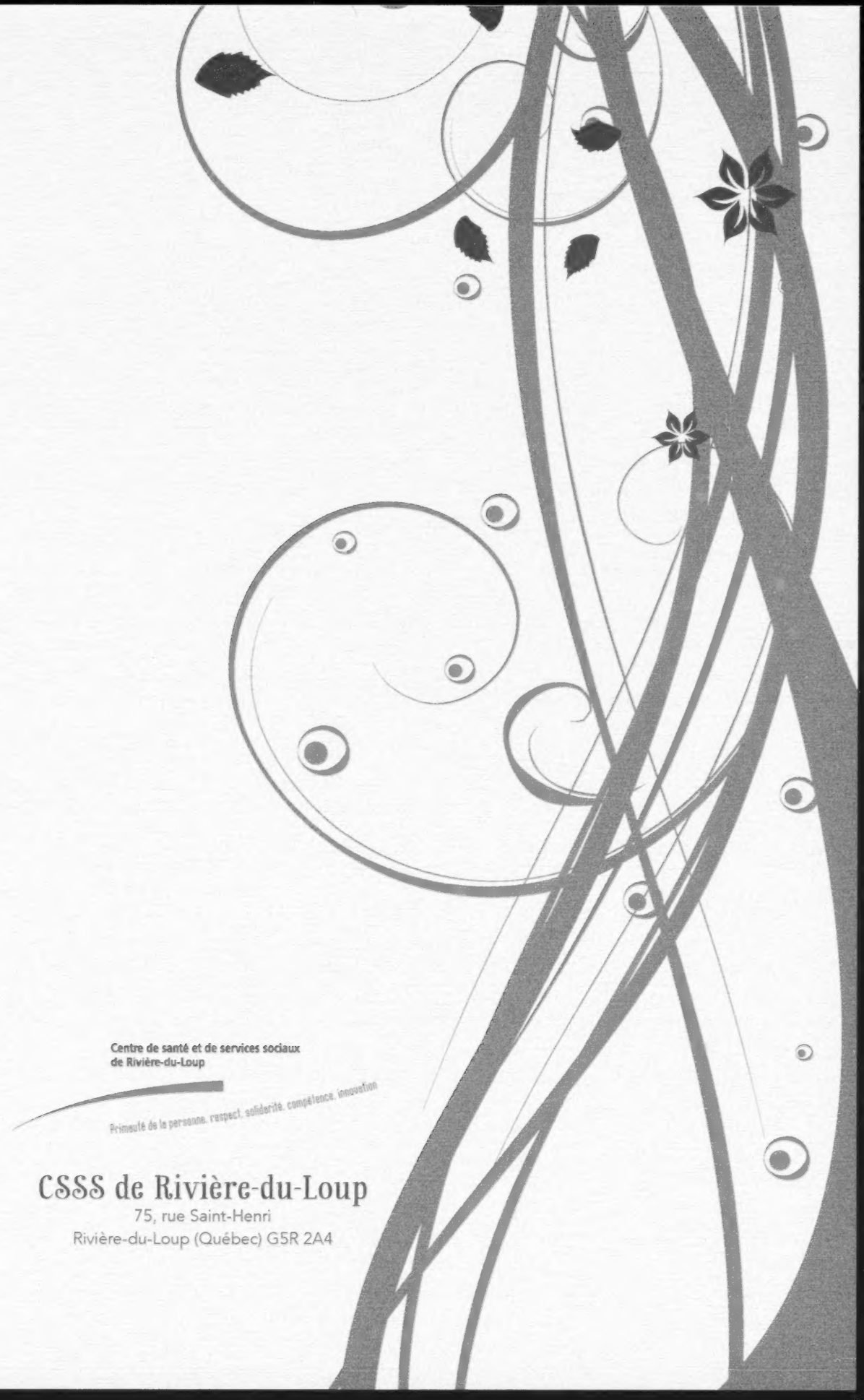
10.2 Révision

Le présent code doit faire l'objet d'une révision par le comité de gouvernance et d'éthique de l'établissement tous les quatre ans ou lorsque des modifications législatives ou réglementaires le requièrent.

14. Acronymes

ACR	Arrêt cardio-respiratoire	MEQ	Ministère de l'Éducation du Québec
ADGSSSQ	Association des directeurs généraux des services de santé et des services sociaux	MESSF	Ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale et de la Famille
AEO	Accueil, évaluation, orientation	MAFCF	Ministère de la Famille, des Aînés et de la Condition féminine
AMP	Activités médicales particulières (urgence, hospitalisation, soins prolongés et obstétriques)	MRC	Municipalité régionale de comté
AMPRO	Approche multidisciplinaire en prévention des risques obstétricaux	MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
AQDR	Association québécoise de défense des droits des personnes retraitées et préretraitées	OBNL	Organisme à but non lucratif
ASI	Assistant au supérieur immédiat	OEMC	Outil d'évaluation multi clientèle
ASSS	Agence de la santé et des services sociaux	OMS	Organisation mondiale de la santé
AVC	Accident vasculaire cérébrale	OPTIMAH	Optimisation des soins à la personne âgée en milieu hospitalier
AVQ	Activités de la vie quotidienne	OSBL	Organisme sans but lucratif
AVD	Activités de vie de la vie domestique	PACE	Program of All-inclusive Care for Elderly (Canada et États-Unis)
CAB	Centre d'action bénévole	PACS	Picture Archiving and Communication System
CAUR	Centre affilié universitaire régional	PAD	Programme d'adaptation de domicile
CC – DSP	Comité de concertation des directeurs de services professionnels	PAIR	Programme d'assistance individuelle aux personnes retraitées
CH	Centre hospitalier	PAR	Plan d'action régional
CHAU	Centre hospitalier affilié universitaire	PCFI	Plan de conservation fonctionnelle immobilier
CHR	Centre hospitalier régional	PDCI	Plan directeur clinique immobilier
CHRGP	Centre hospitalier régional du Grand-Portage	PDI	Plan directeur immobilier
CHSLD	Centre d'hébergement de soins de longue durée	PEFSAD	Programme d'exonération financière pour les services d'aide domestique
CHU	Centre hospitalier universitaire	PEI	Plan évolutif immobilier
CII	Conseil des infirmières et des infirmiers	PEM	Plan d'effectif médical
CJ	Centre jeunesse	PFT	Programme fonctionnel et technique
CLSC	Centre local de services communautaires	PIED	Programme intégré d'équilibre dynamique
CM	Conseil multidisciplinaire	PII	Plan d'intervention en contexte d'interdisciplinarité
CMDP	Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens	PIJ	Programme d'intervention jeunesse
COA	Comité d'orientation et d'accès	PMEB	Plan de maintien de l'équilibre budgétaire
COSMOSS	Communauté Ouverte et Solidaire pour un Monde Outillé, Scolarisé et en Santé	POAF	Programme d'optimisation de l'autonomie fonctionnelle
CR	Centre de réadaptation	POR	Pratiques organisationnelles requises
CRD	Centre de réadaptation en dépendances	PPA	Personne en perte d'autonomie
CRDI	Centre de réadaptation en déficience intellectuelle	PPALV	Personne en perte d'autonomie liée au vieillissement
CRDP	Centre de réadaptation en déficience physique	PREM	Plan régional d'effectifs médicaux
CSSS	Centre de santé et de services sociaux	PRISMA	Programme de recherche sur l'intégration des services de maintien de l'autonomie
CSST	Commission de la santé et de la sécurité du travail	PSI	Plan de service individualisé
DAI	Défibrillateur automatique implantable	RA	Résidence d'accueil
DCI	Dossier clinique informatisé	RAC	Résidence à assistance continue
DG	Direction générale/directeur général	RAMQ	Régie de l'assurance maladie du Québec

DM	Direction multi disciplinaire / Directeur multi-disciplinaire	RH	Ressources humaines
DRFMI	Direction des ressources financières, matérielles et informationnelles/Directeur des ressources financières, matérielles et informationnelles	RI	Ressource intermédiaire
DRH	Direction des ressources humaines/Directeur des ressources humaines	RLS	Réseau local de services
DRMG	Département régional de médecine générale	RNI	Ressource non institutionnelle
DSI	Direction des soins infirmiers/Directeur des soins infirmiers	RQCAA	Réseau québécois pour contrer les abus envers les aînés
DSIE	Demande de services inter établissements	RQT	Réseau québécois de télésanté
DSP	Direction des services professionnels/Directeur des services professionnels	RSIPA	Réseau de services intégrés pour les personnes âgées
DSP	Dossier de santé personnel	RTF	Ressource de type familial
DSQ	Dossier de santé du Québec	RUIJ	Réseau universitaire intégré jeunesse
EESAD	Entreprise d'économie sociale en aide domestique	RUIS	Réseau universitaire intégré de santé
EIG	Équipe d'intervention gériatrique	SAAQ	Société de l'assurance automobile du Québec
ESSPSM	Équipe de soins et services partagés en santé mentale	SAD	Soins à domicile
ETC	Équivalent temps complet	SAG	Service ambulatoire gériatrique
ETP	Équivalent temps plein	SAJ	Stratégie d'action jeunesse
GBM	Génie biomédical	SEGA	Service externe de gériatrie ambulatoire
GMF	Groupe de médecine de famille	SHQ	Société d'habitation du Québec
HLM	Habitation à loyer modique	SIGG	Système d'information géronto-gériatrique
I-CLSC	Intégration-CLSC (système informatique de données)	SIPA	Services intégrés aux personnes âgées en perte d'autonomie
IEIR	Indice d'équité intra régionale	SMAF	Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle
IMP	Intervention multifactorielle personnalisée	SMSST	Système de management de la santé et de la sécurité du travail
INESSS	Institut national d'excellence en santé et services sociaux	SOQIBS	Société québécoise d'informatique biomédicale et de la santé
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec	SRG	Supplément de revenu garanti
IPS	Infirmière praticienne spécialisée	TIBD	Traitement intensif bref à domicile
IRH	Intervention de réadaptation avec hébergement	TRCDMS	Table régionale des chefs de département de médecine spécialisée
ISQ	Institut de la statistique du Québec	UCCSPU	Unité de coordination clinique des services préhospitaliers d'urgence
IUGM	Institut universitaire de gériatrie de Montréal	UCDG	Unité de courte durée gériatrique
IUGS	Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke	UQAR	Université du Québec à Rimouski
LSSSS	Loi sur les services de santé et les services sociaux	URFI	Unité de réadaptation fonctionnelle intensive
MAD	Maintien à domicile	VADA	Ville amie des aînés



Centre de santé et de services sociaux
de Rivière-du-Loup

Primauté de la personne, respect, solidarité, compétence, innovation

CSSS de Rivière-du-Loup
75, rue Saint-Henri
Rivière-du-Loup (Québec) G5R 2A4